SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, queda abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 12 minutos).

–La Comisión de Salud Pública del Senado tiene mucho gusto en recibir en el día de hoy al señor Ministro de Salud Pública, doctor Enrique Venegas; al señor Subsecretario, doctor Leonel Briozzo; al Director General de Secretaría, escribano Julio Martínez; a la Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud, licenciada Elena Clavel; al Presidente de la Junta Nacional de Salud, doctor Luis Enrique Gallo; a la Presidenta de ASSE, doctora Beatriz Silva; y, a su Vicepresidente, señor Ángel Peñaloza, a quienes agradece su presencia.

La Presidencia recuerda que la comparecencia en la tarde de hoy del señor Ministro de Salud Pública fue planteada hace un tiempo por el señor Senador Lacalle Herrera y que el motivo de la invitación cursada es, por un lado, conocer la situación del Ministerio de Salud Pública y, por otro, el tema planteado con ASSE y su funcionamiento. Esta reunión se ha visto pospuesta en función de que el señor Ministro así nos lo solicitó en función de compromisos asumidos por él en el exterior. Es por eso que en el día de hoy la estamos concretando.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Buenas tardes señor Ministro, señora Directora y jerarcas del Ministerio de Salud Pública y de ASSE.

Efectivamente, nuestro Presidente señaló cuál fue el origen de la comparecencia del señor Ministro en el día de hoy. Cuando el doctor Venegas fue designado, el señor Senador Moreira y quien habla pensamos –el pedido fue realizado en forma conjunta– que iba a necesitar quince o veinte días para acomodarse un poco en el recado y conocer dónde estaban los botones y las palancas –que es lo primero que uno tiene que saber cuando asume una responsabilidad de ese tipo– para después venir, más que nada, a darnos un estado de situación, un balance del Ministerio en el momento de hacerse cargo del mismo. Esto siempre tiene importancia en los cargos del Poder Ejecutivo porque uno siempre es el cero a partir del cual será eventualmente medido; más allá de solidaridades políticas y continuidades de carácter político, el Ministro se hace responsable desde el momento en el que asume. Entonces, el cero de sus días es el primero en que se sienta en el sillón ministerial. Como dije, nosotros queremos tener un estado de situación a partir de ese momento.

Hay dos factores a tener en cuenta. Por un lado, el factor cronológico, es decir el tiempo que ha mediado entre nuestra solicitud y la presencia del señor Ministro en esta Comisión; y, por otro, una cantidad de acontecimientos –nos hacemos cargo de que no han sido días normales, ni días cualquiera– que han derivado –y es de nuestra total lealtad para con el señor Ministro señalarlo–, en un llamado a Sala que planteará el señor Senador Heber para analizar determinados puntos que explicitará cuando retorne, cosa que sucederá el día jueves. Digo más: me he puesto en contacto con él para confirmar que así será. Queremos ser muy honestos: hoy tenemos el tema arriba de la Mesa, pero habrá una instancia solicitada por otro señor Senador titular de esa moción –que veremos si tiene el apoyo para que se lleve a cabo el llamado a Sala–, que tendrá un régimen más severo en el buen sentido de la palabra, en cuanto a las exigencias de carácter constitucional y legal. Esta aclaración es para que cada uno sepa que habrá otra instancia. Por lo tanto, no le vamos a exigir al señor Ministro reclamaciones o explicaciones que después serán planteadas en el Plenario –si es que hay apoyo para el llamado a Sala–, sino que nuestra intervención estará basada en la primera voluntad e inquietud de saber cómo había encontrado el Ministerio en grandes trazos. Nosotros no somos especialistas, pero sí responsables de la vigilancia de los actos del Gobierno, que tiene mayoría absoluta en la Cámaras, que tiene a su disposición una enormidad de recursos, que gobierna en un momento de prosperidad nacional, o sea, que tiene una posición envidiable para realizar su gestión. En ese marco es que la tenemos que juzgar y es para eso que estamos aquí ejerciendo el cargo, en la minoría y en la oposición.

El señor Senador Moreira tiene sus temas para plantear. En mi caso, en forma general quiero señalar al señor Ministro que partimos de una diferencia deontológica con el actual Gobierno: no creemos que en el Uruguay haya sido bueno eliminar el sistema dual que teníamos de atención a la

salud. Una buena parte de mi vida la dediqué a la Asesoría Jurídica del IMPASA; así que tengo algún atisbo de cómo funciona determinada parte del sistema de salud. Consideramos a lo largo de su historia el país había ido refinando y ajustando, dentro de lo posible –y siempre mejorable–, dos vertientes de la prestación de salud: la antigua, la de siempre, la propia de la solidaridad cristiana que está incrustada en nuestras creencias y en la Constitución de la República, que es la atención gratuita a quienes no pueden pagar su atención de salud, y la que evolucionó del Hospital de Caridad, a la asistencia pública y después a la salud pública que ahora se llama ASSE, pero que quiere decir lo mismo, o sea, la mejor atención gratuita posible y al alcance de todos los ciudadanos para que nadie quede excluido del sistema. Posteriormente, las corrientes inmigratorias y la solidaridad del inmigrante fueron generando lo que todos llamamos y conocemos como sistema mutual. Sé que los nombres cambian, que se habla de sistema prepago; pero al decir mutualistas todos sabemos de qué estamos hablando, por cuanto no voy a usar el término con rigor científico ni jurídico. Repito, todos sabemos a qué nos estamos refiriendo.

A nuestro juicio, una manera de encarar más exacta y eficazmente el sistema de atención a la salud general era fortalecer a ASSE –la antigua Salud Pública– en todo lo posible, elevando su nivel y aplicando todos los recursos. A su vez, se debía mantener el sistema mutual, ajustando seguramente muchos tornillos y tuercas, que algunos conocemos y otros fueron apareciendo luego de nuestra presencia de ocho años en el sistema. Para nosotros, esa era una manera mucho más eficaz, pero sabemos que partimos de bases distintas. No obstante, queríamos que quedara clara nuestra posición para no aparecer como disfrazados en este tema. Creemos firmemente que esa era la mejor opción, pero legítimamente se tomó otra. Nos interesaba entonces que el señor Ministro, sus asesores y los integrantes de ASSE conocieran nuestra posición sobre este tema.

Los mecanismos legales, la organización del Fonasa y de las cápitas, los traslados y la migración de usuarios de ASSE al sistema mutual han sido asuntos problemáticos –como bien sabe el señor Ministro– y era natural que así ocurriera, pues no se trataba de una tarea fácil. De todas maneras, esos hechos dieron origen a interrogantes que plantearemos con el amigo y correligionario Senador Carlos Moreira.

El país se encuentra preocupado por asuntos estructurales y financieros relativos al nuevo sistema de salud y por problemas de prestación de asistencia que seguramente el señor Ministro conoce –porque los debe sufrir todas las mañanas– en cuanto a la correcta atención de los pacientes en el Uruguay.

Sobre esos temas rondarán nuestras primeras preguntas. En lo personal, no quiero ahondar mucho más que eso, salvo que en la conversación surjan temas que así lo ameriten.

Concretamente, quisiera tener información en cuanto a la situación financiera del Fonasa y a las asistencias que haya recibido o que tenga que recibir en el futuro debido a insuficiencia de los aportes actuales. A su vez, desearía conocer datos sobre las consecuencias dificultosas de la migración hacia el sistema mutual y los beneficios que naturalmente parecerían ser correlativos a los de ASSE por tener menos gente que atender. Por otro lado, quisiera que el señor Ministro abordara los temas relativos a las deficiencias de la asistencia que, si bien son puntuales, coyunturales y cualquier Gobierno puede tenerlas, llaman la atención y la gente reclama al respecto.

Por lo tanto, ese sería mi planteo y agradezco que se me haya permitido hacer esta pequeña introducción.

SEÑOR AGAZZI.- Cuando se consideró la solicitud de comparecencia del señor Ministro y de las autoridades de ASSE para tener claro el punto cero, como dice el Senador Lacalle Herrera, nosotros lo apoyamos y nos pareció bien. Pero ocurre que en este momento estoy algo desorientado, porque hemos invitado al señor Ministro, al señor Subsecretario, a los Directores y a los integrantes de ASSE y ya se está adelantando que se hará una sesión del Senado en régimen de Comisión General para recibir al Ministro. Es decir que aparentemente vamos a hacer dos veces la misma cosa; quienes hoy nos visitan son personas muy ocupadas y creo que nosotros no tenemos derecho a encerrarlos dos días aquí en el Palacio Legislativo. No sé si entendí bien el planteo que hacen los señores Senadores del Partido Nacional o si distinguen claramente el contenido material de las dos actividades, en cuyo

caso yo podría entender dónde estoy parado. No parece lógico hacer una sesión para ver lo menos y luego hacer otra para ver lo más. Creo que como Comisión nos deberíamos poner de acuerdo en este tema antes de comenzar la sesión.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- El Senador Agazzi nunca está confundido, pues es muy buen rumbeador.

En primer lugar, hay que decir que aquí no se va a plantear una sesión en régimen de Comisión General, sino una interpelación, amparados en el artículo 119 de la Constitución. En segundo término, que entre la asunción del Ministro –lo cual ocurrió hace aproximadamente dos meses–, nuestra solicitud y ahora, sucedieron episodios que han sido de una notoriedad tal que justifican otro tipo de convocatoria. Ahora bien, si la Bancada de Gobierno cree que esta reunión no es útil, estoy dispuesto a culminarla ahora y quedar solo al planteo parlamentario. Nosotros no venimos a hacer perder el tiempo a nadie; yo no tengo esa costumbre y creo que no corresponde que el señor Senador Agazzi me lo impute. El Ministro demoró –seguramente con razón– y ocurre que los hechos son dinámicos. Se nos podrá decir que podríamos haber advertido esta situación en el día de ayer, pero yo recién hoy tengo la confirmación sobre la interpelación. Entonces, no acepto que se me diga que hago perder el tiempo a la gente porque como soy relativamente trabajador, respeto el tiempo de los demás. En realidad, la comparecencia del señor Ministro en el día de hoy no es inútil, pero si la coalición de Gobierno así lo considera, perfecto.

SEÑOR MOREIRA.- Justamente, la semana pasada hablábamos esto con el propio Presidente. Esta convocatoria se demoró mucho debido a responsabilidades del señor Ministro y nosotros supimos esperar con mucha paciencia. Incluso, hace unos quince días el señor Ministro concurrió a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, de modo que no es imputable a nosotros que esto se haya demorado. Además, no son incompatibles las dos instancias, ya que el Senador Heber tendrá elementos que esgrimirá en la interpelación. Creo que venir al Parlamento a rendir explicaciones no es ninguna pérdida de tiempo; por el contrario, forma parte de las obligaciones del Poder Ejecutivo. Así que seguramente la persona más interesada aquí sea el propio señor Ministro. Justamente, lo llamamos para que las cosas se aclaren y se sepan; en ese sentido, no hay contradicción alguna.

SEÑOR AGAZZI.- Ahora entiendo que se trata de dos instancias distintas: la interpelación –si es que se hace– tiene formas y contenidos diferentes y esta es una comparecencia en la Comisión para recibir información.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera comentar que mantuve una conversación muy interesante con representantes de la Cámara de Diputados, por lo que me gustaría dejar los textos de dos proyectos de ley que están en la agenda, antes de comenzar la exposición. En su oportunidad, conversamos con el ex Senador Ruperto Long y me comprometí personalmente a presentar un proyecto de ley sobre el Programa Nacional de Enfermedades Raras. Creo que es de estilo tener una conversación afable. He revisado el proyecto de ley que luego se enviará a la Comisión para su análisis porque, por supuesto, sobre todas estas cosas el Ministerio tiene opinión.

El otro tema refiere a una iniciativa sobre el residentado en enfermería, es decir, las Residencias de Licenciados en Enfermería. Creo que es un tema que compete a la Comisión y soy portador de la iniciativa, lo que es un ingrediente más de nuestra tarea como Ministro de todos los uruguayos y no solo de algunos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Respecto al Programa Nacional de Enfermedades Raras quiero comunicar al señor Ministro que es un proyecto que la Comisión ya tiene en agenda.

SEÑOR MINISTRO.- De cualquier manera, dije delante de Senadores o ex Senadores que iba a ser portador de esa iniciativa. Por lo tanto, la palabra hay que cumplirla; personalmente, me gustaría que esto quedara registrado en la versión taquigráfica. Por un tema de estilo, además, este Ministro siempre está dispuesto a conversar con todos y para todos.

Voy a tomar nota de lo que han dicho los señores Senadores Lacalle Herrera y Moreira. Creo que esos planteos no son para responder ahora sino en los momentos precisos que este Ministerio y este Ministro dispongan.

Respecto a la demora de nuestra comparecencia debo decir que hemos cumplido tareas internacionales y a ello me voy a referir posteriormente, no como Ministro sino como representante del país.

Agradezco estar aquí porque es competencia del Poder Legislativo conocer de primera mano lo que hace el Poder Ejecutivo, en este caso, el Ministerio de Salud Pública. Reitero, este Ministro, su equipo, el señor Subsecretario y demás asesores, siempre tienen la mejor disposición para concurrir al Parlamento. Pero ocurre que muchas veces hay un problema físico, de tiempo y de formulación; no solo es un Ministerio complejo sino también altamente sensible.

Como primer punto quisiera exponer y reafirmar –porque este tema estuvo en la agenda pública, no en la agenda pública-política, sino en los medios de comunicación, con algunas insinuaciones– que este Ministro, antes que nada, va a cumplir la ley a rajatabla. Además, quiero decir que este es un Ministro de todos los uruguayos y no de algunos sectores. En un Sistema Nacional Integrado de Salud podemos discutir la deontología, la epistemología y todas las fases teóricas-prácticas, pero la ley me faculta y me obliga a cumplirla. En este sentido, hemos tenido un mandato de la Ley Nº 18.131, de creación del Fonasa; de la Ley Nº 18.161, referente a la creación de ASSE; de la Ley Nº 18.211, que refiere a un instrumento muy importante para nosotros como lo es la Junta Nacional de Salud –cuyo Presidente hoy nos acompaña–, así como de la Ley Nº 18.335, relativa a derechos y obligaciones de los usuarios del sistema, lo que no es poca cosa. Este es el Sistema Nacional Integrado de Salud y a eso se aboca este Ministro y este Ministerio. En ese sentido, muchas veces tenemos que construir, reformular o tener en cuenta todas las apreciaciones que se hacen bajo el encuadre de la ley que nos permite funcionar de esta forma.

Por lo tanto, tomando en cuenta la convocatoria que se nos hizo, que refiere a la situación de nuestra Cartera y al funcionamiento de ASSE, vamos a decir varias cosas que nos parece importante poder exponer.

¿Qué proponemos hacer y cómo lo vamos a hacer? En primer término, diría que nos proponemos continuar con la reforma, darle sustentabilidad y profundizar aquellos aspectos que están en proceso. Este es un tema que requiere no solo de voluntades políticas sino también de decisiones técnicas y de los actores. En esto juega un rol fundamental nuestro papel de rector en el sistema como continuador, regulador, fiscalizador de todas las normas que se plasman en esta reforma. Por lo tanto, muchos de los aspectos que se están mencionando son de nuestra competencia.

¿Cuál es uno de los puntos importantes a tener en cuenta? Hemos recorrido una primera etapa de la reforma entre 2005 y 2010, en la que se ha apuntado a construir el andamiaje legal, jurídico que nos permitiera formular estas leyes que acabo de mencionar, de manera de poder desarrollar un Sistema Nacional Integrado de Salud. Por un problema cronológico no hubo posibilidades de desarrollar otros aspectos que son indispensables en cualquier reforma: cambios en el modelo de financiamiento, en el modelo de gestión y en el modelo de atención. ¡Menudos temas, sobre todo, el modelo de atención! Aquí también hay aspectos importantes a tener en cuenta y este Ministerio no está ajeno a ellos.

Como primer punto importante en esta situación tenemos que contemplar el ciclo de ingreso de las personas al Sistema Nacional Integrado de Salud, o sea, al Seguro Nacional de Salud. Este es un tema que está planteado en la agenda, que delinea el Sistema Nacional Integral de Salud y del que estamos contestes. Esto lo estamos haciendo en forma gradual porque hoy las Leyes Nos. 18.731 y 18.732 nos habilitan a ingresar colectivos muy importantes, dentro de los que están los jubilados y pensionistas. Este es un tema gravitante desde el punto de vista del ingreso al Seguro Nacional de Salud. Como dije, lo haremos en forma gradual en el período 2011-2016. Ya ingresó la primera cohorte de jubilados con menos de cuatro bases de prestaciones, y de discapacitados. Evidentemente, va a significar un esfuerzo muy fuerte desde el punto de vista del Estado y un gran esfuerzo fiscal. Nosotros decimos: cada quien según su ingreso y dar a cada quien según sus necesidades. Es una regla de oro

que tenemos porque no queremos que ningún compatriota quede exento del Seguro Nacional de Salud. En este caso, tenemos cuatro o cinco puntos de jubilados que no tienen aportes pero que se les han asignado cápitas. Acá hay un tema también importante desde el punto de vista de la ingeniería que tenemos que ir haciendo. No olvidemos que estamos hablando de mayores de 74 años de edad, sobre todo, de sexo femenino, con cápitas que están entre $ 2.800 y $ 3.000. Si decimos: cada quien según su ingreso y dar a cada quien según sus necesidades, es evidente que tenemos que hacer un esfuerzo fiscal impresionante; y lo vamos a hacer entre todos, el país entero, y queremos hacerlo porque la salud también es un derecho de todos los ciudadanos. Podemos discutir cuál es el modelo, cómo se hizo, cómo fue la historia, etcétera, pero tenemos que dar respuesta a nuestra población y a esta en especial. Todo ello representa alrededor de US$ 230:000.000 a lo largo de estos cinco años. ¡Menudo esfuerzo!

El país y este Gobierno nacional están apostando fuertemente a la salud, a un sector que muchas veces, con los viejos sistemas, terminada la etapa laboral del trabajador, quedaba sin cobertura. ¿Quién lo atendía? Creo que la respuesta está en un modelo concebido que no solo contempla la cobertura y la universalidad, sino también el gesto democrático de que toda la población tiene y puede llegar a recibir atención en salud. Se me podrá decir que la tenemos que mejorar y es cierto; nos debemos dar esa discusión. Muchas veces los cónyuges están en la misma situación que los jubilados y la Ley Nº 18.731 nos habilita a ingresarlos al sistema, porque los jubilados también tienen familia. Eso involucra una cantidad importante de dinero que manejaremos. Es aproximadamente la cifra que manejé, aunque tenemos que revisar los números.

¿Qué quiero decir con todo esto? Que el ingreso paulatino, en forma gradual, no desmesurada y atendiendo las necesidades de todos –desde el que más lo requiere hasta el menos urgido–, va a requerir un esfuerzo muy grande del erario, de la ciudadanía en general. A eso llamamos solidaridad intergeneracional. ¡Qué tema para plantear en la sociedad!: ser generoso con aquellos que menos tienen. Diría que esta es una tarea no de este Ministerio, sino de la sociedad. Debemos preocuparnos de eso, y mucho. En definitiva, creemos que los jubilados y pensionistas también son una población objetivo a ser atendida.

Otro aspecto que no está en la ley pero que nos ha permitido conocer las situaciones a lo largo y ancho del país, es el mano a mano con nuestros Intendentes. La salud es un tema que está planteado en todos los departamentos. No hay una resolución que nos ponga en una situación de Derecho; todavía hay que dirimirla y lo vamos a hacer en el Congreso Nacional de Intendentes, o por partes, teniendo en cuenta a cada uno de sus actores. Hemos estado conversando sobre el tema –y es importante que los integrantes de la Comisión lo sepan– porque también estamos preocupados. Muchos de los presupuestos departamentales y locales están absorbidos por la problemática de la salud, pero tenemos un instrumento para utilizar: promulgar la ley. Se trata de un contingente importante de población, no solamente integrada por el trabajador municipal sino también por su familia y su entorno, elemento no menor.

Otro de los objetivos es incluir aquellas prestaciones que muchas veces fueron olvidadas en este país –no solo por una concepción teórica de salud sino por un método, por un modelo de atención que tenía muchas dificultades–: las referidas a la salud mental. Este no es un despertar del señor Ministro saliente que hoy está al frente del Ministerio de Desarrollo Social, sino una confluencia de necesidades, porque la población, nuestros usuarios y nuestros ciudadanos están preocupados a diario por la salud mental, ¡menudo tema! Y no solo voy a la necesidad, sino al pedido formal, desde la Conapro hasta los documentos de 1995, cuando las asociaciones científico técnicas de todas las corrientes de pensamiento lo ponían sobre la mesa como punto importante. Tengo el documento donde consta que la salud mental es una urgencia de la sociedad. No lo está diciendo este Ministro sino que está tomando el legado de una necesidad que es obvia. ¿Por qué? Porque tenemos muchas dificultades. Hoy existen enfermedades emergentes en torno a un tema socioeconómico, socioestructural, antropológico, si se quiere, o como queramos llamarlo: las adicciones a las sustancias legales e ilegales. Junto con el ex Director de Salud Mental hemos concurrido a exponer sobre el tema y decimos que esta problemática tiene que ser abordada entre todos. El Ministerio y el Programa Nacional de Salud Mental desarrollado por todos los prestadores, tanto públicos como privados, están

de acuerdo con que solo con ese programa no se va a solucionar el tema de la salud mental, pero es un ingrediente importante que el usuario reclama día a día.

Por tanto, hemos contribuido al debate y a la formulación de un programa, que también va a ser escalonado, va a estar medido y va a contener distintos modos de atención. El primero de ellos, que es importante –algunos dicen que es revolucionario, pero a mí me gusta decir que es novedoso–, va a atender a la población que ha hecho intentos de autoeliminación ¡menudo tema! Si hablamos de estadísticas, tenemos que decir que somos el segundo país en América Latina en autoeliminación e intentos de autoeliminación. Por lo tanto, deberíamos poner atención en ese punto, porque se trata de nuestros jóvenes.

Otro modo de atención abarca a los adictos y a los causantes de violencia doméstica. Los vamos a atender en forma individual y semicolectiva, trabajando con la población. No estamos hablando de dispositivos diferentes, sino de un modo de atención distinta.

Otro modo de atención tiene que ver con los dispositivos psicoterapéuticos. Evidentemente, esto nos lleva a una formulación de nuevas maneras de encarar la situación de la salud mental. Aquí sí va a haber un arancel concreto, sobre lo que hay acuerdo con los prestadores.

El último modo de atención lo vemos a diario y tiene que ver con las enfermedades mentales crónicas. Este tema debe ser visto y considerado no solo desde el ángulo del dispositivo institucional, que deja mucho que desear y donde hay mucho para hacer. El tema de las enfermedades mentales crónicas de nuestros familiares, amigos, ciudadanos, o cualquier persona, es grave y también integra el ámbito familiar, donde muchas veces se quieren sacar de encima al paciente y meterlo en un reclusorio. Esa no es la solución; la tenemos que buscar y trabajar en ella.

Otro asunto que nos parece muy importante es el Programa Nacional de Salud Rural. Aquí se está incursionando en un tema sumamente vital. Tenemos el diagnóstico, venimos trabajando en el área del Ministerio de Salud Pública, tanto con sus efectores públicos como privados, y sabemos que hay un 18% de nuestra población que a pesar de que, desde el punto de vista del Derecho, tiene derecho a la salud, de hecho no le llega. No hay que parafrasear aquello del Uruguay profundo, pero diría que se trata de la población olvidada, y olvidada por los sistemas de atención de salud. Estamos hablando de poblaciones menores a 5.000 habitantes, lo que no es poco, más allá de que sabemos que nuestra población rural va, cada vez más, hacia el despeñadero. No queremos que estas poblaciones se queden; por el contrario, queremos que tengan acceso a los servicios de salud. El modesto aporte que puede hacer el Ministerio de Salud Pública y su Programa Nacional de Salud Rural es retener a nuestra población joven y vital, que muchas veces se encuentra en un modo de producción diferente, encauzándose en la forestación o en la pequeña industria. Reitero: queremos que el sistema de salud también llegue hasta allí.

Este tema –repito– no es menor y lo hemos recorrido en este poco trecho que llevamos. A partir del 1º de enero el Programa Nacional de Salud Rural se va a efectuar mediante los dos prestadores. ¿Cómo? De distintas maneras. No pretendemos que todos se afinquen debido a la relación costo-beneficio, pero lo podemos hacer en forma complementaria entre los sistemas público y privado, mediante puestos, policlínicas, etcétera. Hay múltiples ejemplos en el país que tenemos que fomentar. Hemos trabajado con el señor Subsecretario, con el equipo de salud del Ministerio y con nuestros prestadores públicos con la finalidad de conformar lo que hemos llamado convenio trilateral en la frontera. ¿Dónde? En Rivera, en Artigas, Cerro Largo y Rocha, junto con las Intendencias. ¿Por qué? Porque tenemos ciertas particularidades desde el punto de vista socio demográfico y epidemiológico, con variedades en fronteras. Tenemos una frontera abierta, seca en muchos lugares, pero fundamentalmente democrática; no hay muros y la población busca en ambos lados dar solución a sus problemas de salud. Este es un convenio firmado entre Uruguay, la Cancillería brasileña y la cooperación alemana. Vamos a trabajar con las Intendencias de todos los colores, porque en salud no hay colores ni banderas. Nuestros ciudadanos en las fronteras se mueven de un lado a otro y las necesidades son iguales para todos.

Otro punto que me gustaría desarrollar es el relativo a la descentralización. Este ha sido un tema fundamental para nosotros, que muchas veces hace ver a las rectorías del Ministerio únicamente

con una mirada montevideana, pero queremos trabajar con todo el país en esta materia. Queremos acompañar estas iniciativas no solamente con un discurso descentralizador, sino con hechos concretos que nos permitan llevar a cabo esa política. ¿Cuál es la información que tenemos? ¿Cómo lo hacemos? ¿Cuáles han sido las decisiones políticas que hemos tomado en este último tiempo? Tenemos Directores Departamentales en todo el país. Hay un representante en cada departamento que tiene todas las potestades para conocer y para articular con el prestador público y con el privado, en el territorio y en la toma de decisiones. Este es un avance sustancial si queremos hacer una política de Estado y de salud para todo el país. Estos Directores son nombrados técnicamente en todos los departamentos; se trata de gente altamente compatible, profesionalmente capaz y que nos está dando respuesta a los problemas. Ellos tendrán que sentarse a conversar con todos los actores, ya lo están haciendo. Hemos derivado recursos materiales y financieros, hemos construido y estaremos construyendo a lo largo de este período lo que denominamos “respuestas epidemiológicas”. No solamente tenemos que conocer el dato, sino que también debemos tener el origen, el departamento y a nivel central las respuestas socio-epidemiológicas porque cuando uno actúa sobre un brote, una epidemia o una pandemia, evidentemente es preciso tomar decisiones desde el punto de vista socio-epidemiológico, lo que es realmente importante. La epidemiología implica vigilancia y respuesta; es mi especialidad, pero independientemente de eso sostengo que no hay mejor toma de decisión que el hecho de tener claro que cualquier ejecutor, prestador o Director del Ministerio en cualquier departamento, puede prender su computadora y encontrarse con la información acerca de qué se enferma nuestra población, cuáles son los casos actuales, cómo hay que actuar, etcétera. En esta materia no hay que esperar porque la epidemiología, como muchos saben, supone actuar. Y ya hemos tenido grandes problemas con este tema. En lo personal, me encontré con ocho expedientes sobre los que nunca se hizo nada y hoy estamos trabajando en ellos. Hablamos de un instrumento para la toma de decisiones; no se trata de un instrumento cualquiera. Podemos decir, felizmente, que la sociedad acompaña, y como se sabe no tenemos ni un solo caso de cólera ni de dengue propio. Cuando estamos en la frontera con los hermanos paraguayos o brasileños vemos que la mortalidad por cólera y dengue es altísima. ¿Se trata del trabajo del Ministerio? No, es el instrumento que usa el Ministerio de Salud Pública a través de la creación de un Departamento o de varios Departamentos descentralizados para el tema epidemiológico para vigilar y dar respuestas en el momento adecuado. Esto lo hemos hecho en el caso de brotes que ocurrieron hace poco, teniendo en cuenta la alimentación y otros factores. Hemos acudido a todas las necesidades que evidentemente nos obligan a actuar, porque para resolver estos temas no bastan declaraciones o buenas bases de datos; hay que actuar. Por lo tanto, la epidemiología, la vigilancia epidemiológica y la respuesta son muy necesarias.

Tenemos algunos programas importantes, como el de la infancia, el de los adolescentes y el de los controles obligatorios. Tenemos que crear servicios de salud, tanto públicos como privados, que sean amigables para los adolescentes. Esto lo sabemos muy bien. El sistema muchas veces ha ido rechazando lo relativo al adolescente. Tenemos que crear las condiciones para que nuestros adolescentes de todos los sectores tengan la posibilidad de acudir a su prestador de salud y encontrar allí información eficiente, de calidad y, por supuesto, algo muy importante para ellos: la comunicación directa con los técnicos. Pensamos que ese es un elemento básico. Sobre el Programa para Adolescentes podría hablar horas, traer un manual y los protocolos correspondientes, pero esta no es la ocasión apropiada.

Consideramos importante trabajar sobre los temas de prevención y promoción en todos los ámbitos, desde la salud sexual y reproductiva hasta la salud mental. La primera cita con un adolescente que ha hecho un intento de autoeliminación, por ejemplo, implica hacer luego un seguimiento cuidadoso.

Las visitas domiciliarias forman parte de uno de los programas gruesos, grandes, de esos que nos preocupan y deben tener una dirección desde el punto de vista técnico. Este es un tema muy importante, con respecto al cual estamos en una fase muy interesante. Creemos que es necesario sostener esa fase, darle resguardo técnico y respuestas que surjan no solamente del ámbito de la salud, sino de otros vinculados, como es el caso del Ministerio de Educación y Cultura, el Mides, etcétera.

La vigilancia y el control del niño sano tienen que ver con el seguimiento domiciliario. Por ejemplo, en lo relativo a la mortalidad infantil, encontramos que hay una mortalidad dura, genética, morfológica, que se puede detectar en forma precoz atendiendo a la embarazada desde el punto de

vista de las técnicas médicas y de los resguardos instrumentales. Pero luego de dada el alta es necesario hacer un seguimiento en el hogar. En este punto tenemos un problema, porque es necesario seguir la mortalidad perinatal o natal inmediata. Nos parece que decir que en nuestro país tenemos una mortalidad de 7,7% no es algo menor y tampoco lo es que en Artigas tengamos una mortalidad de 6,6%. Se trata de un trabajo de equipo en el domicilio, que muchas veces involucra al esposo, al compañero, a la madre, a la familia toda haciendo un seguimiento del desarrollo y crecimiento del niño.

Podría hablar de los proyectos "Canelones crece contigo", "Uruguay crece contigo", etcétera, pero en definitiva se trata de cuidar uno a uno a los 47.000 o 48.000 niños que nacen en el país. Observemos las estadísticas de toda América Latina y el Caribe que aparecen en el último boletín de la OPS de 2007, y aclaro que no estoy haciendo propaganda. Ciertamente estamos caminando. ¿Pero estamos satisfechos? No, en absoluto, tenemos que seguir caminando mucho más.

En el tema de salud sexual y reproductiva podemos decir que hay treinta servicios que ya lo tienen incorporado. En ese sentido, la Ley Nº 18.426 nos parece muy importante, porque no solamente combatimos las enfermedades infectocontagiosas –HIV y sífilis–, sino que también hacemos el control de la madre, pero el problema es el compañero o el que "está en la vuelta". Tenemos que seguir trabajando, porque esta es una sociedad con muchas dificultades y en esto también hay un componente desde el punto de vista estructural y de programa. Tenemos que combatir la sífilis congénita. Si alguno de los señores Senadores hiciera historia sobre el mutualismo podría ver que hay que ir más atrás, porque hasta en la época de los egipcios se puede encontrar sífilis. Se trata de una enfermedad combatible, se sabe cuál es el germen y se conoce la terapia; el problema es social, psicosocial o económico e importante.

En cuanto a la participación debo decir que también me parece un elemento básico que ha estado –no vamos a eludir las responsabilidades– y estará; para esta fuerza política, para este Ministerio y para el programa del Sistema Nacional Integrado de Salud la participación es una esencia vital. Esto lo establece la ley y lo vamos a construir, estamos trabajando en un anteproyecto para determinar la forma en que se pueda elegir más y mejor. Esto está en la Junasa, en la Administración de los Servicios de Salud del Estado y en las Comisiones Consultivas Departamentales –ya vamos en la sexta–, donde participan todos los componentes: públicos, privados, trabajadores, prestadores públicos e intendencias municipales. Diría que en algunos lugares la participación es más fácil de instrumentar y en otros no tanto. Estamos convencidos –no lo decimos como eslogan– de que la salud es un bien social pero también es un derecho humano y para conquistar ese derecho hay que participar; participar es también una forma de construir el Sistema Nacional Integrado de Salud. Queremos que nuestra población se informe, tenga derechos y obligaciones y seguiremos insistiendo en ello porque es parte del pilar. Inclusive, voy a agregar algunas anotaciones porque es importante ver este tema dentro del contexto mundial, cómo se participa y para qué. Desde el señor Presidente de la República hasta el niño que nace hoy, todos somos usuarios y potencialmente tenemos el derecho a participar. Creo que cuando la sociedad democrática participa, lo hace en todos sus estratos. Probablemente haya que afinar más el lápiz. Sé que hay preguntas sobre estos aspectos y me adelanto a decir que estamos trabajando. Tenemos algunos ejemplos como el Banco de Previsión Social que habría que estudiar. Asimismo, aspiramos a la participación de la Corte Electoral, que no está mencionada en la ley, por lo que tendremos que buscar el instrumento indicado.

Quiero dar pie para que haga uso de la palabra la señora Presidenta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado pero tenemos cosas para decir sobre otros temas como, por ejemplo, las enfermedades crónicas no transmisibles. Deseo informar a esta Comisión que tuve el honor de participar y representar a nuestro país en tres eventos importantes, el último de los cuales terminó hace no más de diez días. Uno de ellos tuvo lugar en México y giró en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles, donde actuamos como país y Presidentes de la Unasur; este tema tomó estado público luego de tomarse decisión desde el punto de vista formal para que se integrara a la agenda internacional. Otro evento se desarrolló en Rusia, donde participaron nuestro ex Ministro y sus asesores, y el último fue en las Naciones Unidas, donde se hizo una declaración respecto al mencionado tema. Para quienes conocemos y estamos metidos en la salud pública en el sentido formal por nuestra formación, este será el gran tema de acá a cuarenta años. Esto ha sido dicho no por este Ministro sino por representantes de los países que firmaron la última declaración sobre enfermedades crónicas no transmisibles. Tenemos que trabajar sobre un modelo de atención basado en la prevención y la promoción en salud y, en este sentido, hay algunos ejemplos donde somos dignos representantes

en el mundo. Me refiero, por ejemplo, a la lucha antitabáquica, pero también debemos ser dignos representantes en la lucha contra los factores de riesgo del alcohol, en la lucha por el ejercicio, por cambios en los hábitos de vida, de la alimentación, etcétera. De lo contrario, no vamos a modificar lo que hace cuarenta años no cambia, es decir, el perfil de incidencia y de prevalencia de nuestras primeras causas de muerte: las enfermedades cardiovasculares –no las voy a repetir–, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, las enfermedades oncológicas o neoplásicas y, subrayo, la obesidad. Si no combatimos esto, tal como dicen los organismos internacionales, los consultores y las Naciones Unidas –y estamos contestes en ello–, no hay sistema que aguante desde el punto de vista económico financiero, por más que el nuestro esté en debate y diría que más que en debate, en construcción. Tenemos que afinar muchos detalles sobre esta temática y hay que trabajar sobre las conductas de riesgo que tiene nuestra población; ese es el reto y debemos avanzar. ¿Hemos avanzado? Sí, sobre un factor de riesgo que es el tabaco y los resultados se pueden apreciar. En el exterior todas las consultas apuntan en ese sentido. A su vez hemos contado con apoyo internacional de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, del Mercosur, de la Unasur y del Gobernador de Nueva York. Recuerdo que mantuvimos una entrevista muy coloquial con el Subsecretario de Salud de Estados Unidos, quien nos preguntó: ¿cómo lo hacen ustedes? Somos un ejemplo; no solamente somos campeones de América sino también de la lucha antitabáquica contra la Philip Morris. Se trata de una cruzada nacional de todos nosotros, no de un modelo ni de un sistema de salud; somos una cruzada que trabaja en la prevención de un factor de riesgo altamente dañino para la población. Tenemos el derecho –y lo vamos a decir con todas las palabras– como nación, como país y como política de Estado a determinar cuáles son los factores que hacen daño a nuestra población y uno de ellos es el tabaco. Deberíamos empezar por otros y los quiero sumar.

Otro elemento sobre el que me podría extender, aunque no quiero ser tedioso, tiene que ver con los recursos humanos en salud. ¡Menudo tema! ¿Cuáles han sido las iniciativas de este Ministerio acompañado por todo su Gabinete? No se trata únicamente de trabajar sobre la coyuntura, que es difícil, compleja e inequitativa, de acuerdo con los números que tenemos, no solo por la cuantificación sino por la calidad de atención que damos a nuestros prestadores de salud y a nuestra población.

También hay inequidades profundas entre Montevideo y el interior del país, por ejemplo en la distribución; hay inequidades interprofesionales así como también en la formación del recurso humano en salud. Tengo datos al respecto: el documento de la FEMI, nuestro informe de recursos humanos en el mercado de trabajo y está la versión taquigráfica de nuestra comparecencia a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. No olvidemos que se trata de una formación difícil y trastrocada en muchos aspectos. Tenemos tres médicos por enfermera profesional –no estoy hablando de auxiliares– mientras los indicadores internacionales hablan cinco o siete a uno; también hay inequidades salariales y existe el multi o pluriempleo, ya que el 53% de nuestra población médica trabaja en dos o más lugares. A su vez, hay inequidades en la distribución geográfica y por eso se puede mencionar el tema de la salud rural.

En definitiva, cuando se habla de recursos humanos en salud debemos tener una mirada mucho más amplia, metódica y metodológicamente puesta en dar soluciones en el momento, pero trabajando a mediano y largo plazo. ¿Cómo lo estamos haciendo y cuáles han sido nuestros instrumentos? En primer término quiero decir que junto con el doctor Briozzo y otros compañeros técnicos hemos realizado en el Consejo Directivo Central de nuestra Universidad de la República una exposición sobre la necesidad de trabajar con el formador de recursos humanos en salud, que es lo más importante. Quiere decir que no estamos hablando solamente de los médicos sino del área de la salud y otras aledañas que cumplen un rol importante en el contexto de la salud. Nuestra propuesta en el sentido de conformar y relanzar el Observatorio en Recursos Humanos y activar las Comisiones Mixtas fue aprobada por unanimidad: 17 en 17. Esto nos parece importante pues tenemos que ver no solamente las carreras clásicas dentro de la salud, sino también las de tecnólogos, los nutricionistas, los psicólogos, la salud bucal –que muchas veces es olvidada–, así como también otras profesiones que hoy importan a la salud como la química, la ingeniería y la arquitectura. Es muy difícil encontrar arquitectos que en este país se dediquen al área de la salud; son contados con los dedos de la mano y cada vez que queremos hacer una reforma o una adecuación de nuestras plantas edilicias, tenemos problemas. Me parece que el *know-how* también está en nuestra Universidad; la mayor parte de los que estamos hoy acá egresamos de esta gloriosa Universidad de la República, que tiene su autonomía, su presupuesto, pero nosotros tenemos que sugerir un nuevo modelo. Por lo tanto, entendemos que este es un tema en el que hay que avanzar y diagramar entre todos para tener una

respuesta no sólo para la problemática de todos los días –que sabemos que existe y no somos ajenos a ella–, sino para construir un modelo de atención, una distribución de nuestros recursos humanos. Evidentemente, tenemos que construir con el formador de recursos humanos. Además, tenemos que trabajar con los prestadores. En tal sentido, hemos mantenido reuniones con el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior, pues el prestador también debe jugar un papel importante de modo de poder anclar a nuestros recursos humanos, sea en el ámbito que sea –primer, segundo o tercer nivel de complejidad de la especialidad– porque debemos pensar que también necesitamos médicos de referencia de alto talento. Muchas veces este modelo hegemónico es despreciativo del médico general bien formado. Insisto en que necesitamos médicos generales bien formados que trabajen también en los determinantes sociales. A propósito de este tema quiero decir que en el día de mañana se llevará a cabo un foro mundial al que concurrirá más gente que al celebrado en Rusia –seremos alrededor de 22 Ministros de todos los continentes– para ponernos de acuerdo con los determinantes sociales. ¿Por qué? Porque no solamente la literatura nos dice dónde están los problemas, sino que la prevención y la promoción en salud van de la mano con todos los efectores, con el agua, la luz, con el modo de trabajo, el modo de organización de la sociedad, etcétera. No voy a hacer una reseña sobre este tema porque es ampliamente conocido, pero la realidad muestra que en ese nivel es donde se soluciona el 80% de las patologías de nuestra sociedad. Entonces, tenemos que capacitar y tener un modelo de salud, pero también debemos contar con recursos humanos capacitados para trabajar en esos temas.

Por lo tanto, debemos avanzar en el modelo de atención, que es todo un tema aparte; nosotros queremos construir un modelo de atención que no solamente dé las prestaciones clásicas, sino que trabaje en la promoción y prevención. Es muy fácil decir esto, pero la cuestión es que deben dar las soluciones en los lugares donde vive la gente. ¿Qué tenemos que hacer ahí? Trabajar en la prevención, promoción y rehabilitación integral de nuestros usuarios, tema que también es grave y que muchas veces no lo tenemos integrado a la lista de nuestra formación. Me refiero a la rehabilitación en un infarto o accidente vascular; es un gran problema, es una de las cosas más difíciles de llevar adelante, pues no solo implica un trastorno para el sistema –por lo que se invierte en él– sino para el grupo, sea trabajador, trabajadora o dueño de casa, es decir, para el grupo familiar y su entorno. Este tema de la rehabilitación integral es muy importante, pero nos olvidamos de él y lo dejamos al libre albedrío. Por eso este Gobierno está trabajando también en el Sistema Nacional de Cuidados –política en la que hay que trabajar entre todos–, sobre el que se está avanzando en la matriz potencial que nos dará una visión mucho más amplia y compartida entre todos.

Otro aspecto fundamental es el uso tecnológico, pues queremos una salud que no solamente sea de pobre para pobre, sino que nuestra población acuda a los centros de salud y, en el momento adecuado, con la tecnología indicada, resuelva el problema. Voy a comentar un dato que figura en nuestro primer informe sobre el uso de la tecnología: una de las primeras causas de muertes en las mujeres es el cáncer de mama.

Me parece que hay que revertir esta situación y una forma de hacerlo es usando este instrumento tan importante que es el mamógrafo. Por lo tanto, el uso de la tecnología también debe hacerse con visión innovadora –con un ingrediente que nosotros queremos incluir en la reforma– pero complementaria, que tenga arraigo en una población determinada que pueda acceder a ella. Queremos precisar muy bien que nosotros no queremos un modelo de atención exclusivamente dando receta, sino también usando la innovación y la tecnología como un recurso vital. Quiere decir que la complementariedad y la tecnología avanzada también es un elemento básico no solamente para la reforma sino para el país, pues diría: “Economía para la investigación e investigación para la economía”. Creo que poseemos grandes valores dentro del espectro nacional, público y privado; el Uruguay tiene capacidad, tiene su *know-how*, tiene gente. Entonces, construyamos conjuntamente esta situación, pues el Sistema Nacional Integrado de Salud lo puede hacer. Es un lugar –no utilizaría la palabra laboratorio porque suena a manipulación–, un espacio en donde pueden confluir el conocimiento formado, aplicado, y la innovación. Poco se sabe sobre ello, pero estamos en contacto con la Facultad de Ingeniería y con la formación de recursos humanos en la Red Uruguaya de Genómica. En la conferencia de prensa dije que la red genómica y el genoma van a ser nuestro futuro carné de salud; el problema es que hay que darle los ribetes técnicos legales y de Derecho, porque tampoco puede manipularse a la gente desde el punto de vista genético. Cuando mirábamos las películas sobre metafísica nos preguntábamos cómo podía ser así. Bueno, quizás, dentro de cuarenta años nos saquen una gotita de sangre y nos digan que vamos a tener Alzheimer. Hay que tener un resguardo ético, de Derecho, de la confianza en la información. Estamos conformando la red genómica y si ustedes ven la lista de personas o

instituciones que la firmaron podrán observar que son de alto nivel como, por ejemplo, la Universidad de la República, el Instituto Pasteur, el Instituto Clemente Estable, el LATU, etcétera. Este es un proyecto que hace a la salud y al sistema, porque la calidad en la atención no solamente es un problema de poner un médico, una enfermera, un psicólogo o un equipo de salud que nosotros creemos que es lo más necesario, sino que también es la tecnología, el conocimiento aplicado a nuestra sociedad, a todos, según sean sus necesidades.

Finalizo diciendo que estamos trabajando en algo que hay que explicar: la red de atención. Acá no se trata de fortalecer un solo nivel, sino que debemos tener la capacidad de conformar una red de atención en salud que abarque a todos los prestadores del territorio y que vaya desde la complejidad del primer nivel de atención al segundo y al tercero. ¡Sí, señores, nosotros queremos conformar una red! ¡Qué difícil va a ser! Eso va a involucrar recursos, información, traslados, adecuación de la receta costo-efectividad y dar respuesta a nuestros usuarios, según sus necesidades y el problema de salud que tengan. Esto es muy importante. No queremos decir solamente que en el primer nivel solucionamos todo; queremos hacerlo en red, entre el primer nivel y el territorio, y para eso contamos con un instrumento. También estamos teniendo conversaciones con todos los prestadores en el territorio y eso lo están llevando adelante la unidad de descentralización y nuestros técnicos. Vamos a conformar la red porque esa es la forma de dar un contexto a la resolución de los problemas de salud; las personas viven, se reproducen y nuestros ciudadanos tienen que hacer cultura y estar en una situación mejor.

SEÑORA SILVA.- Voy a tratar de ser ordenada en mi exposición teniendo en cuenta lo planteado por el señor Senador Lacalle Herrera en lo que tiene que ver con los aspectos existentes al inicio de mi gestión, los ejes de fortalecimiento y los problemas que, a mi juicio y al de los integrantes del equipo, hoy tiene ASSE.

Hace casi un mes y veinte días que comencé con este trabajo, pero hace 16 años que me desempeño en distintos lugares de ASSE; esta circunstancia puede ser tomada como un privilegio o no. De hecho, he vivido algunos de los problemas y de las bondades de esta organización desde las Unidades Ejecutoras; concretamente, desde el Pereira Rossell.

Quiero recordarles que nosotros y todo el equipo de ASSE –que tiene poco más de tres años de descentralizada, pero muchos años de vida con este mismo nombre–, responsable desde su fundación hasta ahora de las políticas públicas de salud, del Estado y del país en su conjunto, en esta segunda etapa de la reforma, tenemos que implementar los planes, programas y postulados definidos en la ley votada por los legisladores y, por ser el principal prestador público, debemos ponerlos en el terreno y hacerlos llegar a la población de la que somos responsables. A junio de 2011 la cifra de usuarios ascendía a 1:202.653. Con respecto a este tema, voy a realizar algunos comentarios y a contestar las preguntas que realizó el señor Senador Lacalle Herrera, sobre las que también se produjo un intercambio en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, donde se avanzó en la implementación del sistema y en el ingreso de los colectivos al Fonasa.

La población de usuarios de ASSE disminuyó a 7%. Sin embargo, aumentaron bastante los indicadores asistenciales. En este sentido, somos responsables de la atención a la salud de esta cantidad de ciudadanos que están distribuidos desde Bella Unión a la Unión, en las ciudades grandes, los pueblos más alejados a los que llegamos con dificultades y fortalezas con nuestros servicios y con algunos objetivos estratégicos que se definieron hace algunos años y que siguen estando vigentes al día de hoy en ASSE. Uno de los aspectos prioritarios definidos en la reforma del sistema es el fortalecimiento del primer nivel de atención como elemento guía para el cambio de modelo y la mejora de la salud de la población en este tiempo y en un tiempo más alejado; existen indicadores asistenciales que demuestran que hemos obtenido resultados en ese sentido.

Asimismo, quisiera profundizar en la transformación de ASSE como organismo descentralizado en el marco de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud y en la profesionalización de su gestión, logrando un avance en esta empresa pública que tiene un presupuesto anual de US$ 650:000.000, que es prestado por el Gobierno para que lo administremos como corresponde, con las dificultades y responsabilidades que eso supone. Algunas de las actividades que había en ASSE aún existen –consideramos importante conversar sobre ellas con los

señores Senadores–, como los programas en los que esta organización ha contribuido como un eje de desarrollo importante.

Además, nuestros servicios de salud han ayudado a mejorar algunos indicadores fundamentales. Por ejemplo, en el tema de la mortalidad infantil, ASSE ha sido el prestador que ha contribuido más fuertemente al descenso de este indicador que, como ha dicho el señor Ministro, es el que nos permite compararnos a nivel mundial. Este es un indicador muy sensible que mide no solamente el nivel de vida, sino también la calidad de los servicios de salud. Desde el año 2005 al 2010, a nivel nacional, hemos bajado la mortalidad infantil en el país de 12,7 a 7,71 cada mil nacidos vivos. Desde 2006 a 2010 la tasa de mortalidad del Hospital Pereira Rossell pasó de 10,5 fallecidos cada mil nacidos vivos a 6,4, es decir, que hubo un descenso muy importante. Este programa y este esfuerzo fueron posibles gracias a la implementación del Programa de Salud de la Niñez y la Adolescencia en ASSE, que definió algunos ejes como la extensión del “Programa Aduana” a nivel de todo el país y ha mejorado la captación y el seguimiento del recién nacido. Todavía estamos lejos de llegar al cien por cien de captación en el primer mes de vida, como es nuestra aspiración, pero hemos logrado una mejora sustantiva y se ha avanzado en la extensión del “Programa Aduana” al resto del país. Ha habido un importante fortalecimiento de los recursos humanos para la atención de los niños, instalando guardias pediátricas en muchos de los hospitales donde no las había; se dotó de pediatras en el primer nivel; se capacitó a los médicos de familia para la atención de los niños y se capacitó a más de 800 técnicos en reanimación de recién nacidos y niños pequeños a lo largo de todo el país. También se mejoró en forma sustancial el equipamiento, fundamentalmente en el primer nivel de atención y en los hospitales del interior del país, proveyendo de incubadoras, termocunas y equipos de fototerapia a aquellos cuyos servicios de complejidad se lo permitía.

En el día de ayer comentábamos con la Directora del Programa de Salud del Niño de ASSE que todavía nos queda mucho por hacer y hablábamos sobre los planes y las necesidades de recursos –desde un estetoscopio para un doctor hasta una incubadora de mayor complejidad– que deberíamos planificar para lo que resta de este año, pero fundamentalmente como eje de fortalecimiento de la dotación de equipos para el año 2012. La idea es que en los servicios de primer y segundo nivel en los que se atiendan niños existan los equipos necesarios para continuar reduciendo la tasa de mortalidad infantil, porque en nuestro país aún hay niños que mueren por causas prevenibles.

Si bien desde el año pasado a este hemos bajado casi a la mitad el número de niños fallecidos, todavía debemos trabajar en las causas prevenibles y evitables. En su oportunidad, conversamos con los señores Representantes acerca de un Programa de Prevención en Salud Renal que, a pesar de ser pequeño, ha atendido a alrededor de 800 pacientes y ha permitido hacer un seguimiento muy claro de la nefroprevención para, en acuerdo con el Fondo Nacional de Recursos, poder disminuir las cifras de la presión arterial en los adultos y algunos valores hematológicos importantes, como elementos preventivos.

Por otra parte tenemos el Programa del Adulto Mayor. En realidad, ASSE es el único prestador de servicios de salud de este país –de todos nosotros– que tiene 660 camas destinadas a la atención de los adultos mayores. Concretamente, hay un número muy importante de camas, tanto en el Hospital Piñeyro del Campo como en residencias asistidas; reitero que, hoy en día, ASSE es el único prestador de servicios que lo tiene Eso nos exige tener lugares dignos para las personas mayores de 65 años –que, además, representan un porcentaje bastante alto en ASSE, ya que son alrededor del 16% de los usuarios–, en virtud de que, en muchos casos, somos responsables de su custodia y su cuidado al final de su vida,.

El señor Ministro comentó el Programa de Salud Mental que el Ministerio tiene como un eje de desarrollo de aquí en adelante pero, en realidad, ASSE inició su propio Programa de Salud Mental hace más de una década y a lo largo de todo el país ha dotado de equipos en la materia al primer nivel, integrado por los servicios locales, la educación, las Intendencias y los servicios de deportes.

En el día de ayer, en una jornada de reflexión y debate, festejamos el Día de la Salud Mental –que fue el 10 de octubre– y se plantearon resultados muy interesantes. En esa actividad participaron maestros, representantes de los Municipios y del Ministerio de Educación y Cultura buscando la

integración en el tratamiento de la salud mental, no solamente a nivel de la prevención, sino también en el área de la rehabilitación.

Hoy tenemos en esta institución pública servicios de rehabilitación para las adicciones, que constituyen un problema de coyuntura y han aumentado en el último tiempo, y también para otras patologías de salud mental que estamos fortaleciendo. Sin duda, nos gustaría contar con muchos más centros de rehabilitación.

Hace pocos días celebramos las 25.000 intervenciones de cataratas en el Hospital Saint Bois gracias al convenio celebrado entre la República de Cuba y el Gobierno de Uruguay. Allí la Directora del Centro Oftalmológico destacó la integración, en este último tiempo, de la Facultad de Medicina con este Servicio que, si bien tuvo sus avatares, hoy cuenta con residentes, internos y postgrados que pasan por allí. Esta situación tuvo un encare del Gobierno para mantener su estabilidad e integrar a la Facultad de Medicina y la Cátedra de Oftalmología en un trabajo conjunto de incorporación de otras técnicas de alto impacto y alta tecnología.

También hace pocos días se llevó a cabo el Congreso de la Sociedad Uruguaya de Informática en Salud y allí se presentaron dos ejemplos muy interesantes que ASSE ha desarrollado en estos últimos años. Uno de ellos es el Programa "Siembra" –Sistema de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial– que consiste en dar a los médicos computadoras portátiles. Pretendemos que, en un tiempo muy corto –ya se han entregado más de 200 en la red del primer nivel del interior–, 1.500 médicos tengan la historia clínica de sus pacientes allí y puedan conectarla a la red para verla y trabajar en la emisión de la receta electrónica, en la integración de los resultados de laboratorio y, en un período más mediato, en la visión de las imágenes de los estudios radiológicos. Para esto último todavía falta un tiempo por cuestiones de tecnología. Nosotros pretendemos compartir este Programa –hasta ahora el único servicio de salud que lo tiene en el país es ASSE– con el resto de los efectores cuando tengamos la fortaleza para hacerlo; implica un trabajo muy importante de integración al Plan Ceibal y se está trabajando en conjunto con Primaria para integrarlo a un programa de desarrollo denominado "Gurí", que se lleva adelante con Antel, de tal forma que el médico que atienda al paciente en el primer nivel –es decir que sea responsable de ese niño y su familia– tenga la posibilidad de trasmitir algunas alertas, fundamentalmente a la maestra, para recordar cuándo ese niño no vino a la consulta o cuándo se le vence el Certificado Esquema de Vacunación. Pretendemos una integración entre educación y salud, que nos parecen son elementos fundamentales para que cambie la cultura, no de nosotros, sino de quienes vienen detrás. Necesitamos tener algunos de los indicadores de enfermedades crónicas no trasmisibles o trasmisibles por efectos del comportamiento social.

Otro ejemplo muy importante que surgió como respuesta a una situación de conflicto y de coyuntura, es la descripción operatoria en red: un programa informático de muy buena calidad que comenzó a usarse al buscar la forma de pagar a los profesionales anestésico quirúrgicos después de los conflictos que tuvimos con ellos. De esa debilidad surgió esta fortaleza, que es un programa de excelente nivel de calidad, en una arquitectura tecnológica muy buena. Como beneficio secundario, permite hacer una liquidación segura del trabajo de los profesionales, pero lo más importante es que se hace una descripción operatoria en un sistema informático y eso permite tener indicadores claros de tiempo, cirugías, profesionales que participaron, patologías, edad, referencia y contrarreferencia.

ASSE tiene una unidad de capacitación central. Con el afán de cumplir con las metas prestacionales definidas para la capacitación de los trabajadores del servicio, se ha capacitado a más de mil integrantes de los equipos de salud en la consecución de las metas de la Junta Nacional de Salud y a más de 2.000 funcionarios en Programas como "Siembra", programas de compras, de recursos humanos y de mejora de gestión.

En estos últimos años todos los ciudadanos hemos hecho una inversión muy importante en infraestructura y equipamiento médico a través del dinero que aportamos al país al pagar nuestros impuestos. Realmente, ha habido una inversión muy importante. Todavía nos queda mucho por hacer; por suerte tenemos muchas iniciativas que involucran no solo el ofrecimiento de préstamos con baja tasa y repago a muchos años, sino también donaciones y contribuciones de la cooperación internacional para el equipamiento de algunos lugares muy sensibles y la consecución de algunos programas que es importante desarrollar en ASSE.

Nos gustaría compartir con los señores Senadores algunos indicadores. Ya comenté el número de usuarios, pero es importante que podamos medirlos en números. En el primer semestre comparativo 2010 – 2011 aumentaron casi un 5% las consultas en policlínica no urgente y se mantuvieron e, incluso, disminuyeron un poco las consultas en emergencia. En realidad, para poder dar esta opinión, deberíamos hacer un estudio sistemático, pero esto indica que nosotros aumentamos fuertemente el número de consultas en el primer nivel y que nuestros usuarios tienen un indicador de consultas por año muy similar al resto de los servicios de salud, porque están en el entorno de las seis consultas por usuario por año. Ese indicador no solo se puede comparar con el resto de los efectores del sistema, sino también con indicadores internacionales. Asimismo, disminuimos las consultas en emergencia.

Cuando analizamos algunos de estos indicadores a nivel de los centros más pequeños y de los hospitales, sin duda podemos decir que mejoró la resolución en el primer nivel. Esto quiere decir que la apuesta y el esfuerzo en priorizar el primer nivel como eje estratégico de la reforma, viene dando sus resultados. Probablemente aún no tengamos resultados epidemiológicos ni de disminución de las tasas de algunas incidencias y prevalencias, pero sí los tenemos en cuanto a la utilización de los servicios de ASSE.

Asimismo, queremos recordarles algunas cuestiones de estructura. Tenemos una dotación de camas para internación y de servicios hospitalarios instalados muy importante, porque existen más de 6.000 camas de internación distribuidas por todo el país. Eso lleva a que la presión en la atención y la utilización de estos servicios también requiera recursos humanos que han sido fortalecidos en un período largo, del 2006 a la fecha; hemos duplicado la tasa de auxiliares de enfermería cada mil afiliados, pasando de tres a seis.

Todavía nos queda mucho por hacer. Hemos instalado unos cuantos tomógrafos desde Artigas a Montevideo, lo que nos ha permitido hacer casi 4.400 tomografías en agosto de este año. Nuestra aspiración era alcanzar un número mayor y hacer una mejor utilización de los servicios de imagenología que tenemos distribuidos en el país.

ASSE ha avanzado en los criterios de complementación también definidos en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Tenemos distintos grados de avance en diferentes zonas del país lo cual responde, fundamentalmente, a la capacidad instalada del sistema de salud en su conjunto y a las afinidades locales. Al respecto podemos decir que tenemos experiencias muy exitosas: el hemocentro de Maldonado, que es el único centro donde se administra, se gestiona y se establece el procedimiento de la sangre y la donación. Se trata de un servicio de ASSE único para todos los efectores y que se brinda a través de diferentes convenios con los prestadores de Maldonado, Rocha y algunos de Lavalleja. Además, tenemos otros lugares donde todavía tenemos muchas debilidades y en donde estamos trabajando. A propósito de esto tenemos un ejemplo bien contrapuesto que es el del departamento de Flores, que presenta una baja tasa de natalidad y población infantil, donde estamos trabajando fuertemente para poder complementar y tener un servicio único en las áreas de maternidad y pediatría. Quiere decir que en la distribución de los servicios del país todavía tenemos algunos extremos que nos gustaría juntar y mejorar.

Por lo tanto, a la luz de esta responsabilidad con la que me han honrado en este corto tiempo y en función de los ejes de fortalecimiento que hemos ido acordando con los integrantes del equipo, tanto en el Directorio como en la Gerencia de ASSE, debo decir que de lo que se trata aquí es, fundamentalmente, del fortalecimiento del eje público en dos aspectos. Por un lado, en la vinculación y el relacionamiento con el Ministerio de Salud Pública. Cuando históricamente todos compartíamos el edificio había un problema de pisos: el de un piso estaba más o menos peleado con el de otro, entre otras cosas porque teníamos misiones distintas. Es lo que suele suceder –a modo de ejemplo– entre vecinos de un edificio donde cuando al del piso de arriba se le rompe algo, el de abajo protesta. Hoy nos hemos separado un poco y los problemas son de un mayor o mejor relacionamiento, pero un servicio de salud de esta dimensión, como cualquier otro del sistema, tiene que tener una vinculación muy fuerte con el Ministerio de Salud Pública, que es el que define la política, la rectoría, marca el rumbo y es el que nos vigila y supervisa en el cumplimiento de nuestras metas. Por tanto, la relación con el Ministerio de Salud Pública y con el Ministerio de Economía y Finanzas, que es el que administra los dineros de todos nosotros y con el que tenemos que negociar día a día la utilización de los recursos que el país pone a disposición de los servicios públicos, también requiere de un

fortalecimiento y una mejora de los vínculos. Hemos tenido múltiples reuniones en este corto tiempo, obteniendo muy buenos resultados en trabajos conjuntos. Además, los dos Ministerios nos han brindado su apoyo en cuanto a la integración de Comisiones de trabajo sobre temas concretos y muy técnicos, como así también sobre condicionamientos y relacionamiento para el establecimiento, seguimiento y cumplimiento de las metas de ASSE como prestador. Por ejemplo, en el área de la salud mental ha habido un avance importante con respecto al resto del sistema. Se trata de una población especial –son los adultos que no tienen familia y con diversas patologías mentales–, que es la más vulnerable de todo el país y sobre la que tenemos la responsabilidad de custodiar. Ahí tenemos casi 900 personas que están bajo nuestro cuidado en las colonias y donde podemos observar dos realidades: una, que es muy buena y, otra, que todavía está muy lejos de la aspiración que pretendemos para el cuidado de esos ciudadanos. Pero, reitero, son 900 personas, de las más desprotegidas, que están a nuestro cuidado.

Por lo tanto, sobre las metas en las prestaciones de salud mental, como hemos comentado con el Ministro y su equipo, debemos avanzar en conjunto con la Junta Nacional de Salud para ver cómo vamos a medir estas otras cosas que este prestador hace, teniendo en cuenta que tiene la responsabilidad de responder a una población con características, muchas veces, muy distintas a las que se le presentan a otros prestadores.

Otro eje fundamental es fortalecer la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud; la responsabilidad de ASSE en este sentido recae en la creación de su Consejo Ejecutivo. Hay múltiples convenios de complementación; hemos avanzado mucho en ese aspecto y con el resto de los efectores se ha hecho un gran trabajo. También hemos trabajado con la Facultad de Medicina en el Programa de Formación de Recursos Humanos en Salud, que tiene un presupuesto muy importante que se administra y ejecuta a través de las Unidades Docentes Asistenciales, priorizando temas estratégicos para ASSE. En conjunto con el Ministro, el Subsecretario y el equipo de ASSE estamos planificando cuáles van a ser los ejes de trabajo para este programa en el próximo año, que aspiramos se convierta en un programa de formación de recursos humanos en salud para todo el país, en donde se prioricen aquellas disciplinas que hoy son deficitarias. Hemos hecho una apuesta muy fuerte a la anestesiología, al CTI pediátrico y a otras áreas que están en el debe en cuanto al número de recursos necesarios para atender a nuestra población. Entonces, en la medida en que estas personas se vayan capacitando, iremos cambiando el destino de otros colectivos considerados insuficientes para cumplir sus cometidos, porque somos el aliado estratégico de la Facultad de Medicina en la formación de los recursos en salud. Si bien hay otras Facultades que tienen convenio con ASSE y con otros prestadores, de hecho, el principal formador es la Facultad de Medicina a través de todas sus carreras, incluida la de Enfermería, sobre la cual ya habló muy el señor Ministro cuando se refirió al plan futuro.

Como eje estratégico de la reforma también tenemos el fortalecimiento de la red en el primer nivel que requiere que pongamos mucho foco en la integración del proceso de atención, sin perder de vista que si bien el primer nivel es de complejidad, un número muy importante de eventos de salud tienen que transitar por todos los niveles. Por lo tanto, en esta nueva estructura que ASSE se ha dado desde el punto de vista formal y que ha sido votada por ley, debemos encontrar instrumentos de gestión y mejora que aseguren que la continuidad de la atención será un proceso sin quiebres y sin detenimiento. Y en esto, que en principio surge como una debilidad cuando se fraccionan los niveles y cada uno empieza a tomar para sí las áreas de responsabilidad –compitiendo de alguna forma unos con otros–, hay un trabajo conjunto en los talleres de red que se hacen a nivel local integrando todos los niveles de complejidad de la zona con otros efectores, de forma de complementar servicios con el resto del sistema en aquellos lugares –como ya mencioné– en donde tenemos baja prevalencia de patologías, una población disminuida por distintos eventos y donde necesariamente tenemos que complementar con el resto del sistema.

A su vez, necesitamos mantener el relacionamiento con los gremios, con todos los sindicatos. Se ha avanzado mucho en la concreción de convenios; de hecho, se han firmado convenios a largo plazo con los sindicatos profesionales y no profesionales, con la Federación de Funcionarios. Este es un tema muy importante ya que los trabajadores representan más del 65% del presupuesto de ASSE en cuanto al pago de salarios y son la fuerza de trabajo porque sin ellos y sin condiciones adecuadas y razonables, mal podemos dar respuesta a las necesidades de salud de los usuarios.

Existe, además, un capítulo fundamental en cuanto a los procesos de mejora de gestión y de profesionalización de los equipos de las Unidades Ejecutoras de ASSE. En los últimos años, más de cien integrantes se han capacitado en herramientas de gestión de salud.

También tenemos que mencionar la mejora en los sistemas de información. Si bien tenemos estos ejemplos como el Programa Siembra y el sistema de *blog* –que en realidad es la descripción operatoria informática–, hay mucha debilidad en el sistema de información que es clave para la gestión, fundamentalmente de recursos humanos. Contamos con sistemas de una arquitectura vieja y que no están integrados debidamente, lo que nos hace tener debilidad en el momento de la toma de decisiones porque para que la información sea confiable, muchas veces requiere de un enorme esfuerzo de consolidación, compilación y comparación de distintas bases de datos, en distintas arquitecturas y con distintos sistemas de comparación. Estamos trabajando en el tema y en este tiempo se han realizado tres reuniones de trabajo importantes para definir, antes de que termine el año, cuáles deberían ser los términos de referencia o, por lo menos, las principales líneas de cara a un sistema de gestión de recursos humanos integral, que llevará un tiempo porque estos sistemas se desarrollan, se diseñan y se implementan en plazos mayores a un año. Sin duda, debemos dar pasos más firmes para tener, en el tiempo más corto posible, información confiable y de calidad en el rubro de mayor impacto en la institución, que supone la fuerza de trabajo de esta empresa.

Avanzar en la descentralización, en la nueva estructura y en la definición de actividades por nivel, a veces supone mecanismos que van pasando entre centralización y descentralización de algunos procesos burocráticos. Hoy tenemos algunos procesos burocráticos muy centralizados que conspiran contra la eficiencia en el uso de los recursos. Un ejemplo de ello es el proceso de administración de las vacantes presupuestales y de la cobertura de algunos cargos. Si bien hay algunos procesos que están descentralizados, otros tienen una centralización en ASSE y a veces eso conspira contra las decisiones que se deben tomar porque no se dispone de toda la información en forma oportuna de cada uno de los eventos o problemas que tienen las Unidades Ejecutoras, desde las más pequeñas a las de mayor porte. Por eso, el fortalecimiento del sistema de información es uno de los ejes de desarrollo prioritario, así como también avanzar en la descentralización de algunos procedimientos con la debida normatización y definición de procesos claros que permitan capacitar y entrenar a los efectores descentralizados en el cumplimiento de estas normas, además de tener elementos para supervisar la normalidad de esos procesos. A veces con el afán de controlar se centraliza todo y al hacerlo resulta que se controla mucho menos que cuando había descentralización, con buenos mecanismos de vigilancia y con sistemas de auditoría más claros y más eficientes.

¿Cómo estamos hoy? En realidad, tenemos relativas dificultades en estas áreas que he comentado, a lo que se suman los problemas de coyuntura y de contexto de una conflictividad aumentada en el sector, con algunos problemas emergentes que van surgiendo por distintas causas. En los últimos meses se dieron dos hechos muy importantes: el período histórico de la Rendición de Cuentas –la primera de este período de Gobierno–, y las elecciones de los sindicatos médicos y no médicos, que también genera, como resultado de la efervescencia del trabajo, algunas situaciones de conflictividad y de coyuntura, donde a la organización le resulta más difícil definir soluciones a futuro por la transitoriedad de los cambios inminentes.

Por lo tanto, hoy estas son las principales dificultades que tenemos. Hay un equipo muy comprometido que está trabajando fuertemente en todos estos puntos, con las fortalezas y dificultades que tiene una organización de este porte, que administra esta cantidad de presupuesto y de personas dispersas en todo el país.

Por lo tanto, agradezco que se me convoque; no hace ni dos meses que asumí y ya vine tres veces al Parlamento. Es más, dependiendo de cómo se haga la interpelación al señor Ministro, quizás acuda por cuarta oportunidad. Ciertamente debemos dar cuenta de lo realizado, aunque a veces no lo podamos hacer con toda la información que quisiéramos. Este es nuestro país, tenemos esta democracia representativa y somos administradores de los dineros del Estado, así que estamos en eso. La mayoría de los integrantes del equipo estamos muy cansados pues trabajamos muchas horas, pero disfrutamos mucho lo que hacemos. Cada día nos vamos a nuestras casas con la satisfacción del deber cumplido; es verdad que a veces tenemos otros sentimientos no tan gratos, pero lo cierto es que cada día hacemos algo que nos gratifica. Y este es un sentimiento de todo el equipo, de todos los que aquí me acompañan y de quienes han quedado trabajando en el edificio central y en todos los demás

lugares. Por tanto, nos gustaría tener más tiempo para hacer más cosas y brindar más información que la concreta.

Muchas gracias por recibirnos y confíen en que esta es una tarea de todos.

SEÑOR MINISTRO.- A continuación, creo que sería adecuado relatar en forma muy sintética el tema de la participación de nuestros ciudadanos en el Sistema Nacional Integrado de Salud. En ese sentido, quisiera que el Presidente de la Junta Nacional de Salud hiciera un pequeño esbozo de esta temática, que es trascendente e importante.

SEÑOR GALLO.- Quisiera comentar un trabajo que se hizo con los miembros de todo el equipo del Ministerio a efectos de ilustrar cómo ha transcurrido, desde 2007 a la fecha, el tema de la participación y cuáles son las propuestas y dificultades que estamos teniendo.

En ese trabajo decimos que la práctica de la gestión participativa y la procreación del derecho a la salud, requieren necesariamente posicionamientos claros y prácticos sostenidos en todos los actores involucrados. En particular el Estado, en tanto garante último del derecho a la salud, deberá generar oportunidades que den lugar a la participación de la sociedad en defensa de sus derechos y su ciudadanía. En consonancia con esto, la normativa que cimenta el Sistema Nacional Integrado de Salud crea las oportunidades para que esto sea posible y prevea el desarrollo a nivel nacional de espacios para el ejercicio de la participación en salud, tanto a nivel público como privado.

Para cumplir con estos objetivos es necesario considerar la cultura de participación vigente en los diversos ámbitos de la sociedad, en particular en el sistema de salud, así como también en las relaciones interpersonales de diverso tipo que se producen dentro de él. El modelo tradicional y hegemónico en salud, asistencialista y mercantilizado, es excluyente respecto a la participación de los usuarios, de la gran mayoría de los trabajadores y también respecto de la comunidad. Para ello, el desarrollo de una política de participación ciudadana en salud necesariamente debe crearse, mantenerse y ajustarse de manera continua, desarrollando un conjunto de prácticas de formación de actores en la reafirmación de la salud como derecho humano fundamental y en las capacidades diferenciales necesarias para su plena vigencia. Esto requiere de habilidades específicas, no necesariamente incorporadas por las partes.

Para la consolidación de la participación activa se deben desarrollar estrategias que amplíen los canales de interacción permanente de los espacios de gestión, involucrando a la sociedad y al Estado, teniendo en cuenta que la participación debe valer los esfuerzos, que la ciudadanía participará con las acciones colectivas si percibe que tiene capacidad de influir en los resultados y que cuenta con un canal para satisfacer sus demandas. La participación de usuarios y trabajadores es uno de los principios fundamentales de la organización en cuanto al funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud desde la base hasta la dirección a nivel local, departamental y nacional. En un sistema de salud participativo, el paciente pasivo, que sólo se involucra en el sistema como mero receptor de políticas y tratamientos, debe transformarse en un usuario activo que ejerce su derecho a elegir la utilización de bienes y/o servicios. En este marco, el individuo pasa de ser objeto de derechos a sujeto de derechos, que se informa, controla y participa de las decisiones. La participación en este caso implica un proceso de desarrollo de una conciencia crítica de gestión y de adquisición del poder de decisión. Concebir la participación como una de las claves del proceso implica construir y evaluar de forma constante un nuevo modelo de organización de las políticas de salud.

Los objetivos que guían el trabajo en esta etapa son: incentivar la participación ciudadana y avanzar en la democratización de la gestión pública en el marco de la reforma del Estado; aportar instrumentos para el desarrollo de conciencia ciudadana en el ejercicio de un derecho fundamental como es la salud; lograr instancias de participación reales como la representación legítima de los diversos actores involucrados en el sistema; velar por los intereses de los usuarios y la calidad de los servicios; diseñar un modelo jurídico que legitime la participación de los usuarios organizados en su rol de consultores y asesores de las políticas de salud, en ámbitos nacionales, como la Junta Nacional de Salud o el Directorio de ASSE, en ámbitos departamentales, como los Consejos Departamentales de Salud y en ámbitos institucionales como los Consejos Consultivos y Asesores. También tenemos como objetivo involucrar a usuarios y trabajadores de manera que participen activamente en la elaboración y

aplicación de las políticas sanitarias a nivel local, departamental y nacional, y contribuir a garantizar una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de los prestadores públicos y privados.

Ahora me voy a referir a algunos aspectos del proceso actual. En diciembre de 2010 se instala el Consejo Consultivo Nacional para los cambios, máximo órgano de consulta, integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Sindicato Médico del Uruguay, prestadores públicos y privados, usuarios y trabajadores. Allí se presentaron a consideración dos temas. En primer lugar, el fortalecimiento de los espacios intermedios y locales, como son las Juntas Departamentales de Salud, los Consejos Consultivos y Asesores y los Consejos Asesores Honorarios de ASSE. En segundo término, los mecanismos necesarios para la profundización de los cambios: formación, difusión, y designación de referentes en dichos ámbitos.

En la actualidad se ha terminado el debate sobre las Juntas Departamentales de Salud y están en proceso los demás temas, según se detalla a continuación. Respecto a las Juntas Departamentales y Honorarias de Salud, tras un rico debate con las organizaciones sociales, usuarios, prestadores y trabajadores en el marco del Consejo Consultivo Nacional y de la Junta Nacional de Salud, se lograron importantes acuerdos en el diseño, en la integración y en los cometidos de estos ámbitos. Ello se consagró en el documento que establece que estarán integradas por el Director Departamental de Salud, por dos representantes de los prestadores privados, dos representantes de los prestadores públicos, dos representantes de los usuarios públicos y privados, dos representantes de los trabajadores públicos y privados y un representante del Banco de Previsión Social. En la actualidad se encuentran en funcionamiento seis y está prevista la instalación de al menos cuatro antes de fin de año.

Un capítulo especial merecerá la conformación de la Junta Departamental de Salud de Montevideo, por las particularidades y desafíos que representa.

En cuanto a los incentivos e impulso a la organización de usuarios y comunicación podemos decir que se realizan actividades periódicas de difusión de derechos, de seguridad del paciente, de bioética, etcétera. Hasta la fecha se han realizado doce talleres en todo el país y también se ha avanzando en dar transparencia a los mecanismos de financiamiento del Ministerio de Salud Pública con respecto a las organizaciones. En ese sentido, en la Rendición de Cuentas se votó que a partir del año 2012 el financiamiento esté vinculado a la participación de las organizaciones de usuarios en proyectos de trabajo.

En relación con los Consejos Consultivos y Asesores y los Consejos Asesores de ASSE, se continúa monitoreando el funcionamiento de los primeros, constatándose que tienen altibajos, dependiendo de la realidad local.

Figura en la agenda del Ministerio de Salud Pública y de las organizaciones sociales un debate profundo acerca de los roles, dificultades de funcionamiento y mecanismos de elección de los representantes en los mismos. En tanto, el nuevo Directorio de ASSE ha asumido en este tema un fuerte compromiso y comienza a trabajar en conjunto con el Ministerio de Salud Pública para la reglamentación de los espacios propios a nivel local.

Con relación al mecanismo de elección de la Junta Nacional de Salud y del Directorio de ASSE, en anteriores oportunidades el Ministerio de Salud Pública ha concurrido a convocatorias de Comisiones parlamentarias a informar acerca de la representación y representatividad social en los organismos del sistema. Debemos asumir que existen retrasos con respecto a la resolución de los instrumentos de elección que obedecen a las dificultades que vamos a expresar a continuación. Considerando conveniente que las elecciones se realicen bajo la organización y control de la Corte Electoral –lo que requiere un mandato legal–, ha sido necesario discutir, además de los aspectos políticos, aquellos de índole legal y reglamentaria, buscando trabajar en conjunto con el propio organismo electoral, en base a los antecedentes de procesos similares, como por ejemplo, el del Banco de Previsión Social. Se está elaborando un proyecto de ley para elevar al Parlamento con el fin de establecer criterios para las elecciones que tengan cierto grado de viabilidad en lo que hace a las exigencias del órgano referido.

Es cuanto tenemos que señalar en torno a la participación social. Cabe aclarar que nos encontramos en un proceso de construcción que no es nada fácil, aunque próximamente tendremos novedades.

SEÑOR MOREIRA.- Es la primera vez que recibimos al doctor Venegas como Ministro de Salud Pública; sí lo habíamos recibido en calidad de Subsecretario, junto con el señor Peñaloza –en representación del Directorio de ASSE– y el Director General de Salud; y la doctora Silva es la tercera vez que comparece ante el Parlamento, aunque es la primera que concurre a esta Comisión, de manera que estamos muy agradecidos por la información brindada.

Hemos escuchado atentamente la exhaustiva disertación que han efectuado; en primer lugar, habló el señor Ministro con relación a los programas que lleva adelante la Cartera que él dirige, luego hizo uso de la palabra la doctora Silva –que creo hace poco más de un mes que está ejerciendo ese cargo tan difícil con una compleja tarea– y, finalmente, el doctor Gallo se refirió a la participación social.

Junto con el señor Senador Solari, habíamos convocado al entonces Ministro Olesker –si mal no recuerdo, hace más de un año–, oportunidad en la que abordamos, entre otros temas, el de la representación social en el Directorio de este servicio descentralizado creado en el año 2007, por medio de la Ley Nº 18.161, si los apuntes que tengo son correctos. Precisamente esa ley integra un paquete de medidas del Sistema Nacional Integrado de Salud, entre las que está la encargatura de los servicios asistenciales del Ministerio a este servicio descentralizado que se creó –que primero fue órgano desconcentrado y luego servicio descentralizado– y la novedad de la representación social en este Directorio, donde habría un representante de los trabajadores y uno de los usuarios. Recién la doctora Silva dijo que había bajado un 7% la cantidad de usuarios de ASSE, pero la cifra que siempre escuchamos y nunca vimos rebatir es de 400.000 personas. Quizás ese número no sea correcto, pero no lo sé, porque ella mencionó un 7%, que serían unas 90.000 personas.

Lo cierto es que ha habido una disminución de usuarios de ASSE y un crecimiento muy importante de los recursos presupuestales asignados al servicio descentralizado. He podido leer la versión taquigráfica de la sesión en que comparecieron nuestros invitados a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Representantes y el señor Peñaloza hablaba de que se habían triplicado, en términos de moneda constante, los recursos presupuestales asignados. El propio Ministro Olesker, cuando vino, dijo que ahora la asignación era prácticamente equivalente a la cápita que disponían las instituciones del sistema mutual privado. O sea que hoy tenemos un prestador público –el más importante del país– que tiene recursos aparentemente suficientes como para invertir en personal médico, en infraestructura, siendo esta área una en la que se ha hecho poco caudal de los recursos invertidos. En esa conversación se señaló, además, que prácticamente se habían cuadruplicado los salarios del personal médico y no médico, lo que indica que, evidentemente, recursos económicos hay. De todos modos, es inevitable que todos los días, cuando abrimos el diario, ASSE esté en la primera plana de noticias o, por lo menos, en una nota muy destacada. Generalmente, no se trata de buenas noticias; por ejemplo, hoy se habla de que en el Pasteur una medida gremial impidió ingresos en el CTI, y creo que ese hecho terminó con una denuncia policial que luego se retiró, ya que prácticamente hubo un tema de omisión de asistencia. Los temas de la salud nunca son para dilatarlos porque son urgentes, de vida e involucran la integridad física en todos los casos.

Entonces, esa preocupación que tenemos y que seguramente tienen nuestros invitados, particularmente el Directorio de ASSE encabezado por la doctora Silva, también es nuestra. Como miembros de la oposición, como parlamentarios que debemos legislar y conceder venias, nos tocó votar la designación de la doctora Silva, que votamos afirmativamente; incluso, en esa instancia, le deseamos mucha suerte, porque se trata de un lugar realmente complicado, de una alta responsabilidad, ya que debe estar al frente de un organismo que cuenta con 27.000 o 28.000 funcionarios –no se sabe exactamente cuántos son–, que integra a las Comisiones de Apoyo, al Patronato del Psicópata, a funcionarios públicos, lo que conforma un conjunto bastante híbrido que funciona así y se irá corrigiendo con el tiempo.

Otro aspecto que planteamos hace más de un año tiene que ver con lo que decía el doctor Gallo: el tema de la participación. En realidad, no me convence nada de lo que dice el doctor al respecto, porque la verdad es que esta ley se votó en 2007 y se dio un plazo de 180 días para que se

hicieran las elecciones que acreditaran la representatividad de los trabajadores y los usuarios. Sinceramente, creo que ninguna de las dos personas electas es representativa. Creo que nunca tuve la oportunidad de ver aquí al señor Silva, que es quien aparece más en las noticias, que no siempre son buenas, pero la representatividad allí no me convence en modo alguno. Tampoco me convence el argumento de que existe una ley e intervino la Corte Electoral. Ya pasaron tres años y la verdad es que no entendemos por qué no se resolvió ese tema de forma satisfactoria. Pensamos que esa participación no debió demorarse tanto, porque la actual no tiene la representatividad que la Ley de Creación imponía, ya que el señor Silva no es representativo de los trabajadores –incluso los trabajadores médicos no están representados– y mucho menos la persona electa por los usuarios representa al total de 1:200.000 individuos que conforman ese sector. Sin dudas, no debe ser nada fácil pergeñar una fórmula para representar al usuario de Salud Pública, pero al menos hay que tratar de encontrar alguna que sea lo más legítima posible. Creo que en esta materia hay una omisión, y no hay que olvidar que este ya es el segundo gobierno del Frente Amplio; ya han pasado dos Presidentes y seguimos en veremos. Entendemos que lo que se está dando en este tema es un poder muy descarnado de las corporaciones y, evidentemente, eso atenta contra la buena gestión. No creo que las corporaciones deban ser quienes gestionen y, en este caso, hubo un predominio con intervenciones de la representación de los trabajadores que recuerdo bien, como es el caso del Hospital de Mercedes, donde hubo un sumario que reveló una gestión muy negativa. Indudablemente hubo una importante asignación de recursos que no resolvió el problema de gestión. En estos últimos días, entre otras cosas, se dio la remoción del anterior Presidente y creo que el motivo fue la Rendición de Cuentas, porque quería un aumento de $ 2.300:000.000 y 2.500 nuevos funcionarios; me parece que fue el propio Presidente de la República quien tomó la decisión. Hace quince días creo que también se produjo la remoción –no sé si se trató de renuncia– por parte del Presidente de la República de los dos Gerentes de aquella reestructura administrativa y gerencial que, en su momento, el entonces Ministro Olesker defendió con mucho ahínco. Recuerdo que él decía que había que modernizar y profesionalizar la mejora de gestión –lo mismo que he escuchado decir a la actual Presidenta–, todo lo cual pasaba por aquel proyecto de reestructura administrativa y gerencial que termina cuando interviene el señor Presidente de la República y prácticamente anuncia la mencionada remoción de los dos Gerentes que luego terminan renunciando. En realidad se estaba sustituyendo la decisión que debe tomar el Directorio de ASSE porque, evidentemente, no está dentro de las potestades del Presidente de la República remover gerentes. En este caso hay un problema, ya que los vasos comunicantes no funcionan del todo bien y no puedo menos que observar que esto no se compatibiliza con lo que debe ser una mejora de gestión, una reforma del Estado y una gestión moderna y eficiente. Constantemente vemos que la actividad sindical y los conflictos están afectando la normalidad de los servicios de ASSE. En el mes de diciembre del año pasado eso desembocó en una Ley de Emergencia Sanitaria, ya que el Parlamento debió aprobar, con un sello de velocidad y fugacidad extraordinario, porque había 4.000 personas en lista de espera anestésico quirúrgica. Luego esto se debió prorrogar, por lo menos por una vez, y no podemos dejar de observarlo como algo muy grave; tan es así que se llegó a decretar una emergencia sanitaria.

Asimismo, quiero preguntar en qué quedó todo lo relativo al pago de retribuciones porque, por lo que he leído en los diarios, todavía no se llegó a un acuerdo con los anestesistas y están pendientes de resolución los eventuales honorarios, el pago de esas horas, etcétera. Quisiéramos tener información respecto de este asunto.

Con motivo de la última Rendición de Cuentas apareció en el Senado un aditivo por el cual se nos solicitó que votáramos $ 100:000.000 para el Rubro 0 porque no alcanzaban los rubros asignados. Aparentemente, había US$ 20:000.000 que se habían gastado en destinos que no eran los de afectación presupuestal primaria. Por lo tanto, también tenemos real interés en saber sobre este aspecto. Sé que la doctora Silva ha dicho que no dispone de instrumentos informáticos de contralor adecuados como para saber exactamente; por lo menos hace quince días no sabía a ciencia cierta cuál había sido el destino de ese dinero, de qué compensaciones complementarias pasadas o futuras se trataba o hacia dónde se habían dirigido esos US$ 20:000.000. Estamos hablando de mucho dinero y nos gustaría saber.

Creo que también hubo una carta dirigida al señor Presidente de la República, firmada por un señor Rodríguez –en realidad no recuerdo el nombre–, que apareció en la página de Presidencia y hablaba de este tema. Me parece que si se le pide al Parlamento que vote $ 100:000.000 para llegar a fin de año, también es importante que el Ministerio y, en especial, el Servicio Descentralizado que está bajo su rectoría, tengan conciencia e información cabal acerca de dónde está esa plata y qué se pagó

con ella. Me refiero a la rendición de cuentas elemental que naturalmente deben hacer los buenos administradores de dineros públicos.

Tenemos la preocupación de saber cómo se terminó saldando el tema relativo a los anestesistas y cuánto costó, es decir, todas esas cifras que seguramente no son pequeñas. Escuché atentamente al señor Ministro cuando hablaba del cumplimiento estricto de la ley, porque eso tiene que ser la regla; ahora bien, el cumplimiento estricto de la ley era haber asegurado –usted no era Ministro en ese momento– la elección de los representantes sociales, pero eso no se hizo. Recuerdo que cuando asumió este Gobierno hubo una serie de remociones y designaciones –una especie de "tatetí"– y que se hablaba de cuotificaciones políticas, todo lo cual no parece tan alejado de la realidad. El entonces Ministro Olesker, en esta misma Comisión y en el Plenario de la Cámara de Senadores, como se había dicho que había un nuevo sistema según el cual en los hospitales se designaron auxiliares de enfermería en calidad de Directores o Administradores –algo bastante fuera de lo normal–, dijo que se les había hecho firmar un contrato de compromiso con la gestión con determinadas metas y que a los seis meses serían evaluados. Esto sucedió hace un año y pico. Cuando tanto se insiste en el proceso de descentralización, quiero preguntar si efectivamente se firmaron esos contratos, si esta gente fue evaluada y si todos los designados cumplieron satisfactoriamente los requisitos, metas y objetivos que se les había fijado en ese momento o si eso se convirtió en letra muerta, lo que significaría que seguimos en ese juego de designar y relevar, sin hacer una evaluación técnica de rendimiento de las personas que ocupan lugares tan importantes.

Soy un hombre del interior del país y por supuesto estoy de acuerdo con estos procesos, siempre y cuando se hagan en función de criterios técnicos, o sea, seleccionando a quienes tengan la debida idoneidad. Esta es una regla objetiva de buen desempeño, sobre todo cuando el tema de la escasez de rubros presupuestales ya no se puede aducir como una excusa, sino todo lo contrario. Cuando se hablaba y se insistía en que hoy la sociedad uruguaya, el Estado y este Gobierno están asignando recursos tan importantes, sobre todo a la salud pública, no hay excusas para que este sector no tenga un rendimiento acorde con esa asignación aunque, como hemos hablado muchas veces en el Plenario, no siempre la asignación de mayores recursos se compadece con mejores gestiones. Un claro ejemplo de ello es la educación pública en el Uruguay. Espero que no lo sea también la salud pública. Si hay derechos humanos fundamentales, la salud es uno de ellos, sobre todo en el caso que nos ocupa, que es el de la salud pública y la atención que se brinda a los uruguayos más desprotegidos.

La intención de la creación del nuevo sistema era que fuera solidario, demócrata y participativo. Pues bien, espero que no se trate solamente de palabras, sino de realidades. Dicho de otra manera, espero que esa magnitud de recursos se traduzca en una actuación compatible con este efector público que es el más importante de todos, entre otras cosas, porque en definitiva somos todos los uruguayos los que estamos pagando a través de impuestos.

Hace poco hubo un paro por tiempo indeterminado que tuvo a todo el mundo un poco sobrecogido, que se levantó por la mediación del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, cuya solución derivó en que se va a llenar un número de vacantes en acuerdo con la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Me gustaría saber si el Ministerio ha hecho una estimación de los recursos humanos necesarios, porque el señor Ministro había propuesto dos mil quinientos, pero ahora se habla de setecientas y pico.

También hemos escuchado quejas por la escasez de medicamentos, sobre todo en algunas ciudades del interior, como por ejemplo Ciudad del Plata, en donde se hicieron reclamos porque no se disponía de lo que en realidad se necesitaba. A este respecto, quisiera saber cómo se efectúa la distribución, cuáles son los problemas y cómo se controla todo eso.

Otro de los problemas sobre el que hemos escuchado reclamos es el de las demoras asistenciales, específicamente, en materia de especialistas. Aparentemente, se ha hablado de meses para que una persona pueda acceder a la atención con especialistas. Si el tema está pendiente, me gustaría saber cómo se va a solucionar. Además, quisiéramos conocer la razón por la cual sucedió todo eso.

También me gustaría que nos aclararan el tema de los CTI y su complementación con los sectores privados. En un momento se decía que del Pereira Rossell se derivaban muchísimos pacientes al sistema mutual; es por eso que quisiera conocer de qué número hablamos. Naturalmente, ese pasaje de pacientes al sistema mutual debe tener un costo altísimo porque tiene que ser mucho más caro que atenderlos en los propios CTI de ASSE. Asimismo, quiero que me informen cómo es la distribución de los CTI de ASSE, si es suficiente o no y qué pasa en el interior de la República.

Pues bien, me gustaría recibir respuestas sobre unas cuantas preguntas y, asimismo, que se nos informe cómo visualizan el futuro y qué previsiones piensan adoptar.

SEÑOR SOLARI.- En primer lugar, quiero agradecerle al señor Ministro, al señor Subsecretario, a la Presidenta del Directorio de ASSE y al Presidente de la Junasa por haber venido a esta Comisión a compartir información con nosotros. Además, quiero felicitarlos porque veo un claro avance en el lenguaje con relación a sus antecesores. No sé si es porque coincidimos en que ambos somos sanitaristas y administradores de salud, pero por lo menos para mí esta ha sido una sesión bastante más fructífera y entendible.

No me voy a ahorrar nada para la interpelación porque creo que en el Ministerio de Salud Pública y, particularmente, en ASSE, hay un forúnculo y cuanto antes se quite mejor, tanto para el organismo como para los usuarios que allí se atienden.

Creo que las tres presentaciones que escuchamos reflejan, como en todas las situaciones, un vaso medio vacío o un vaso medio lleno, dependiendo de la perspectiva con que se mire. Sin embargo, tratándose de la salud pública y de nuestro rol como oposición, estamos mandatados para ver la parte del vaso vacío, para reflexionar sobre las causas y analizar las posibles soluciones. Quiero que quede claro que nada de esto se dice con animosidad hacia las personas, sino en un sentido constructivo. Dicho sea de paso, estas expresiones tienen la intención de que el Presidente de la República no pregunte dónde estaba la oposición o diga que estaba mirando para el costado. No, la oposición está acá y dice las cosas de frente –así lo haré- como las dijo el Senador Moreira.

La convocatoria fue hecha para que las autoridades del Ministerio y las de ASSE nos informaran sobre cómo encontraron la institución, es decir, cuál es el punto de partida. Al respecto, quisiera recordarles algunas cosas de ese punto de partida que todavía están pendientes. Como bien dijo el Senador Moreira, la Ley de ASSE tiene cincuenta y dos meses de aprobada, casi cuatro años y medio. Concretamente, la Ley Nº 18.161 establece que los representantes sociales serán electos mediante un mecanismo que reglamentará el Poder Ejecutivo. Quiere decir que hay cincuenta y dos meses de omisión al mandato legal. Ahora, en esta sesión, nos venimos a enterar por el doctor Gallo que se está pensando en un nuevo proyecto de ley para fijar el mecanismo de elección de los representantes legales. Francamente me pregunto si la experiencia ha sido tan positiva como para que redactemos un nuevo proyecto de ley que, de repente, significará otros cuatro años y medio más de espera para implementarlo y mientras tanto seguimos con estos dos representantes que nadie sabe realmente –ni siquiera ellos- a quién representan. Desde mi punto de vista, esa respuesta es inaceptable. Pero es más inaceptable si uno mira la experiencia de estos representantes sociales en el Directorio de ASSE. Mal que nos pese a todos los uruguayos, el señor Alfredo Silva, hasta el nombramiento de la actual Presidenta, ha dominado ese Directorio nombrando y apartando de su cargo a funcionarios y cometiendo todo tipo de arbitrariedades sin ningún control efectivo. Entonces, ¿dónde está la evidencia positiva? Se habría manejado mucho mejor si el señor Alfredo Silva y el señor Wilfredo López –que no lo eligió nadie ni representa absolutamente a nadie, como todos sabemos y así lo dijimos en el momento en que se votó su venia– no hubieran estado en el Directorio. El señor Ministro Olesker se comprometió a que en el primer semestre del 2011 el tema iba a estar resuelto y estamos en octubre y no solo no lo fue, sino que todavía se necesita un nuevo proyecto de ley. En este aspecto, el vaso no está medio lleno, sino que está casi vacío.

En segundo lugar, señor Ministro, cursé seis pedidos de informes al Ministerio que no han sido contestados. El Poder Ejecutivo, por ley, tiene 45 días para contestar, sin embargo a cinco informes ya les ha vencido el plazo; uno de ellos ha sido formulado hace 13 meses. El Poder Legislativo puede controlar al Poder Ejecutivo a través de la solicitud de pedidos de informes; del llamado a los Ministros a una Comisión específica –como en este caso–; a través del llamado a

Sala en régimen de Comisión General –como ocurrió el año pasado con el Ministro Olesker–; o a través de una interpelación. Pero el pedido de informes es parte de lo que alude el señor Presidente de la República cuando dice que la oposición está mirando para el costado. No; no estamos mirando para el costado, estamos ejerciendo un derecho constitucional y legal y los pedidos de informes, por tanto, deben ser contestados, así sean difíciles de contestar, aunque algunos no lo son. Uno de ellos es sobre reproducción humana asistida, sus políticas, mecanismos, cuánto cuesta y qué piensa hacer al respecto el Ministerio. ¡Tenemos derecho a saber! Hemos hecho seis pedidos de informes: cinco han vencido, algunos hace 13 meses y otros hace cuatro meses y medio.

Se hicieron pedidos de informes sobre las condiciones de trabajo del personal nacional y extranjero en el Hospital de Ojos –ya que no es una situación común–; sobre la integración y reglamentación del Directorio de ASSE –tema al que hicimos referencia con el señor Senador Moreira–; sobre reproducción humana asistida; y también sobre la situación del Instituto Nacional del Cáncer, por la cual el doctor Varangot renunció, apareció una administradora, faltó dinero y se utilizó para la compra de escritorios, etcétera. Es decir, una situación que amerita la solicitud de un pedido de informes y se da contra el Dunlopillo de la pared, porque no hay respuesta. Entonces, es muy difícil ejercer la potestad y el deber constitucional de control cuando no existe respuesta.

Por último, como preguntó el señor Senador Moreira, me gustaría saber qué pasó con los famosos compromisos con la gestión. El señor Silva eligió directores, subdirectores, administradores y subadministradores y ninguno de ellos tenía el más mínimo antecedente en la gestión de un establecimiento de salud. Todos ellos eran funcionarios de confianza de la Federación de Funcionarios en las unidades ejecutoras o en alguna unidad ejecutora vecina. Recuerdo a un funcionario de confianza de una unidad ejecutora de Paso de los Toros que iba a ejercer el cargo en Aiguá. Esta persona era chofer de una ambulancia e iba a ejercer el cargo de administrador. Es cierto que hay que saber conducir, pero una cosa es manejar una ambulancia, y otra es manejar recursos, personal y aspectos técnicos. Pregunto, ¿qué pasó con los compromisos con la gestión? ¿Estos se hicieron, se evaluaron, se tomaron resoluciones sobre la base de lo que se encontró? Esto es en cuanto a los pedidos de informes.

Con respecto a ASSE, hace cuestión de un mes hubo una noticia que conmovió a la opinión pública: la plata asignada presupuestalmente por el Parlamento –que es el que tiene la potestad de asignar los recursos del Estado– para el llenado de vacantes se había destinado a otros fines. Y ese dinero –nos enteramos, no por la información oficial de las autoridades del Ministerio o de ASSE, sino por la información que extraoficialmente se había brindado a Radio El Espectador y parecería que también se le brindó al Presidente de la República– había sido destinado no a gastos de funcionamiento ni de inversión, sino a gastos dentro del propio Rubro 0 para pagar deudas generadas en los Ejercicios 2009 y 2010 con anestesistas, personal de alimentación, personal de farmacia, entre otros. ¿Hubo respaldo legal para ese cambio de destino, para esa transposición dentro del propio Rubro 0? Porque el Parlamento no puede estar votando $ 100:000.000 para que se haga determinada cosa y después las autoridades hacen cualquier otra y no le dan cuenta; y no solo no lo hacen, sino que no sabemos ni siquiera si esas deudas están documentadas. ¿Hay un documento que dice que se le debe a Juanita Rodríguez de tal unidad ejecutora, o a Juan González de la Farmacia de tal otra? Ahora vamos a saber por qué me preocupa tanto eso.

La Auditoría Interna de la Nación, en el año 2010, detectó 374 casos de funcionarios de ASSE que desempeñaban más de un cargo durante el mismo horario o cobraban dos sueldos y no se sabía si había superposición de horarios o no. Estamos hablando, reitero, de diciembre del año 2010. ¿Qué se ha hecho respecto a eso? ¿Sabemos si esa gente está abusando de su situación? Si se identificaron 374 personas, quiere decir que tienen nombre y apellido y pertenecen a una unidad ejecutora. Entonces, ¿qué se ha hecho con esas personas? ¿No serán esos algunos de los que recibieron ese crédito presupuestal que no se utilizó para lo que se debía haber utilizado? ¡Estamos hablando de cosas muy serias! No es que yo de mi plata le pague más a la cocinera o le dé más a mi hijo de la vianda semanal. No; se trata de fondos públicos que la gente paga con esfuerzo. Estamos hablando de 374 casos. ¿Qué se ha hecho? ¿Qué decisiones se tomaron? ¿Cuántas de esas situaciones se suprimieron desde diciembre de 2010 hasta hoy, mediados de octubre de 2011? Pero abundando un poco más en esta cuestión –y voy a pedir a Secretaría que distribuya este documento a la delegación y a los restantes miembros de la Comisión–, a los diez días de ser nombrada la doctora Beatriz Silva –que tuvo nuestro voto y respaldo del Partido Colorado y que le pedimos al

Partido de Gobierno que específicamente la protegiera porque no era una tarea para una persona sola– tuvo que firmar una resolución –que fue aprobada por mayoría, porque no contó con el voto del Director Alejandro Draper– sobre devolución de haberes indebidamente cobrados por parte de los funcionarios. ¿Cómo es eso? ¿Cómo es que los funcionarios cobran un sueldo o liquidaciones que no les corresponde? Aparte de eso, se trata de una resolución que diría que es indebidamente generosa con los funcionarios que cobraron, supuestamente en forma inocente. Pero no tengo por qué confiar que fue en forma inocente, porque es una resolución que involucra a la División Recursos Humanos y a la Dirección Administrativa, que es la misma responsable de que se pagaran esos haberes indebidamente. No sé si es esto lo que tenía en mente el señor Peñaloza cuando dijo que si se seguía por este camino iban todos presos porque, realmente, en mis años de funcionario público y de responsable de la gestión pública, no conozco un antecedente similar en el sentido de pagar sueldos en forma indebida, considerarlo luego como un crédito que entra en la línea de prioridades de los créditos a ser descontados de los haberes de los funcionarios –aun cuando el descuento no puede sobrepasar el 30% del sueldo líquido para que este pueda ser cobrado– y que se pueda pagar hasta en un máximo de doce cuotas.

Suscribo el 99,9% de los planes técnicos que el señor Ministro y su equipo tienen proyectados para el Ministerio –con el cual quiero cooperar–, pero creo que es indispensable que tomen en cuenta que dentro de ASSE hay un forúnculo, una acumulación de pus que tiene que ser evacuada y limpiada rápidamente porque, de lo contrario, no se va ejecutar nada de todo eso positivo que presentaron y que todos aspiramos se cumpla. El discurso del señor Ministro fue idéntico al que por primera vez hice cuando fui Ministro de Salud Pública en el Gobierno del entonces Presidente Lacalle Herrera: un discurso sanitarista. Entonces, si no tenemos una gestión adecuada, si esos US$ 650:000.000 son manejados como una caja chica de donde se puede sacar y poner para pagar a uno o a otro, ese discurso no será implementado y va a ser desprestigiado. Y lo que es peor: la gente que no tiene opción, no va a ser bien atendida.

SEÑOR AGAZZI.- Después de oír las presentaciones del señor Ministro, de la Directora de ASSE y del Presidente de la Junta, quisiera hacer algunas preguntas.

A nosotros, como Comisión, no nos compete ponernos a discutir con nuestros invitados la política de salud. Nuestro cometido en esta ocasión es recabar información para luego discutir el tema porque, de lo contrario, tergiversaremos los mecanismos de funcionamiento de la institucionalidad democrática.

Los señores Senadores de la oposición han hecho preguntas sobre distintos aspectos pero, en lo personal, lo primero que quiero saber es por qué renunció la conducción anterior de ASSE. Por tanto, quisiera una explicación orgánica sobre este hecho porque deben haber existido razones para tomar esa medida.

Por otra parte, sin hacer muchas consideraciones, quisiera saber sobre el tema de la participación de los actores sociales. El señor Ministro expresó que la primera etapa de la reforma fue montar un andamiaje jurídico, pero hacerlo con la participación de actores sociales no es poca cosa, máxime tratándose de un sector que tiene actores sociales en gran cantidad y ubicados de distinta manera y con diferentes responsabilidades. Este es un asunto complejo y difícil que puede llevar a preguntarnos cuáles son las etapas para que participen los actores sociales. No se trata de un cogobierno, sino del gobierno de una Dirección designada por el Poder Ejecutivo, algunos de cuyos miembros fueron propuestos por este y otros no, pero para que esto funcione aceitadamente tiene precondiciones. Políticamente somos partidarios de estos caminos. Hay Entes en el Estado uruguayo que funcionan hace muchos años con la participación de los diversos sectores. ¿Qué pasa? ¿Estamos partiendo del relajo que había en el pasado? ¿Cómo era antes la atención en salud? Si no se tenía plata había que pasar toda la noche en un hospital para ser curado. No voy a poner la dificultad de participación de los actores sociales como un problema, cuando lo que me importa es que los uruguayos tengan un sistema de salud que los atienda; y esto es lo que priorizo. Entonces, capaz que pasar de aquello a una organización institucional muy de libro y con una participación de los actores sociales muy reglada y aceitada, puede resultar complejo, aunque no me importa esa complejidad, porque sé bien cuál es la dirección, hacia dónde vamos.

Ahora bien, quiero saber cómo ven esto de la participación de los actores quienes están en la Junta de Salud o en la propia conducción de ASSE. Es difícil elegirlos; yo sé que la Corte Electoral tiene problemas para afrontar la elección de los actores sociales. Hay otras instancias del Gobierno donde hemos tratado que sean elegidos a través de un mecanismo democrático, pero la Corte Electoral sostuvo que no podía, que no tenía recursos, que no contaba con el padrón, etcétera. Incluso, por ejemplo, se arma lío cuando se elige a los Directores porque el padrón lo tiene sobre una base distinta a la del BPS. Es claro que todo el Estado está organizado para otra cosa, no para que la gente pueda participar de manera razonable y con eficiencia. Eso es lo que estamos transformando; es complejo, pero vale la pena. Lo que más me importa no son las dificultades de lo que ahora estamos empezando a hacer, sino si vale la pena. Decir que queremos construir ciudadanos con derechos y no consumidores, es muy lindo, es de libro pero en la vida diaria, ¿eso camina? Es otra respuesta que quisiera tener concretamente de parte de los integrantes de ASSE o de la Junta Nacional que están presentes.

La tercera pregunta que quiero hacer es la siguiente. De acuerdo con la actual estructura de ASSE, ¿cómo es la calidad y la cantidad de los cargos de Dirección? Tal como han mencionado los señores Senadores preopinantes, se ha hablado mucho de este tema. En ese sentido, quiero decir que toda la vida a los Directores de ASSE se les ha dado de baja y se ha nombrado otro al cambiar el Gobierno, y listo. Incluso, muchas veces ni siquiera se les agradecía por los servicios prestados; se hacía una resolución sencillita y luego se designaba a otro, sin mucho fundamento. Entiendo ahora que la oposición nos venga a exigir calidad en lo que hacemos y estoy de acuerdo con ello, porque quiero mejorar los procedimientos que se usaban para no hacerlo igual que antes. Entonces, ¿cómo está la situación de los cargos de Director que dio tanto para hablar? Incluso, los diarios han señalado cualquier cosa sobre este tema y después durante las discusiones en el Parlamento hay colegas que sostienen: “la prensa dice”. ¡La prensa dice tantas cosas! Pero yo quiero preguntar a las autoridades cómo está esto.

Aparte de esta instancia hemos recibido aquí al señor Decano de la Facultad de Medicina, a la Comisión Directiva que forma parte del cogobierno del Hospital de Clínicas, así como a su Director, quienes plantearon todos los recursos que hacen falta para que esa institución funcione como debe. Pregunté en particular por qué la Universidad debía tener un hospital, si era lógico que un hospital, que es un prestador de servicios, fuera parte de los prestadores públicos. En realidad, me parece más eficiente que las actividades de extensión, de investigación y de enseñanza se hagan en todo el sistema público y no solo en el hospital. Sé que ha habido intercambios y diálogos sobre el tema, pero me parece que no debería haber un doble rasero para la organización de los recursos públicos en materia de prestación de salud. Quisiera saber cuál es la opinión al respecto. Sé que es un tema complejo y está claro que es una estructura que tiene la Universidad y que siente como propia, a la que defiende porque le costó mucho mantenerla. Hubo años en los que se llevó la mitad del presupuesto de la Universidad de la República, mientras que ahora se le destina un tercio. A mí no me importan los recursos, sino la lógica. ¿Cómo ven la interacción con el hospital universitario? Quizás esto no pueda entrar en la respuesta, porque es un tema muy grande que implica a otros actores que no están acá, pero sí se puede dar una visión general. Me gustaría tenerla porque voy a seguir insistiendo en un uso más eficiente de los recursos públicos.

Esas eran las dudas que quería plantear.

SEÑOR MINISTRO.- Intentaré ser lo más conciso posible; de lo contrario, tendremos un debate que creo se dará en la instancia que corresponda.

Aquí se ha hablado de la deontología del Sistema Nacional Integrado de Salud. Además, se hizo referencia a los seis pedidos de informes que se le han hecho al Ministerio de Salud Pública. Al respecto, solicito al señor Senador Solari que me haga llegar esas inquietudes en forma sintética y me comprometo a dar respuestas formales sobre esta temática. Más allá de que voy a analizar si están vencidos, creo que la palabra del señor Senador es concreta en este sentido. Considero que hay que dar respuestas; nosotros no queremos eludir ningún pedido de información. Este es un Ministerio que tiene que brindar respuestas –en la medida en que las tenga– y la información pertinente debe ser pública y notoria. Me parece que debemos dar una respuesta formal a las inquietudes del señor Senador Solari.

(El señor Senador Solari entrega las inquietudes por escrito al señor Ministro).

–Los temas de condiciones de trabajo, reproducción asistida, etcétera, atañen no solamente a la política del Ministerio, sino a todo el país y creo que hay un sector de la población que está pidiendo estos datos. Me comprometo de antemano a hacer llegar esta información al señor Senador Solari lo más rápido posible.

En cuanto al tema de la participación, de acuerdo con mi formación en el ámbito de la Sociología diría que se trata de un "constructo", es decir, una construcción; para construir algo hay muchas formas de participar. Creemos estar contestes en torno a una política nacional que también promovimos, en la cual sin participación ciudadana, evidentemente, los ciudadanos son objeto de Derecho, pero queremos que pasen a ser sujetos de Derecho; este es un tema muy importante. Al respecto, quiero aportar algunos datos no menores: el 89% o 90% de nuestros médicos –que representan a una población supuestamente más esclarecida, personas formadas académicamente– desconocen el Sistema Nacional Integrado de Salud, es decir, deberes, derechos, normas y procedimientos. No digo que debamos ser expertos, pero al menos tendría que existir cierto conocimiento en un ámbito en el que hay una capacidad de acceder a la información y procesarla. Creo que esto merece una reflexión profunda.

Asimismo, podemos discutir los modelos hegemónicos que han participado en la concentración del conocimiento y el haber. No voy a hacer a los señores Senadores una reseña histórica de los tiempos de los hechiceros, los conductores de los emperadores y sus formuladores sobre salud y espiritualidad, pero se trataba de poder. Es obvio que cuando uno accede a un sistema más democrático, más sólido, más participativo y basado en la toma de decisiones, cada uno debe estar en su lugar. Considero que estamos en la situación de crear instrumentos que nos den la capacidad de resolver este tema. Es un debate importante, que tiene que ver no solamente con la toma del derecho proclamado, sino también con la toma de decisiones. Como decía Francis Bacon: "La información es poder", y no me refiero solamente a las Juntas o a ASSE. Por ejemplo, en la Junta Nacional de Salud los participantes son *amateur* y no reciben sueldo. Estas personas están semana a semana monitoreando el sistema y, ¿quién dice algo de eso? ¡Qué instrumento valedero tenemos!

Esta es la construcción de la democracia, pero creo que no está en juego eso sino cómo damos una mayor capacitación e instrumentos legales. Por tal razón, estamos trabajando en un anteproyecto de ley.

Pediría a los señores Senadores que nos den tiempo para formular esto. Conozco al señor Senador Solari y sé que tiene un discurso sobre salud pública. Pienso que como salubristas podemos entendernos muy bien; como tales, tenemos la dificultad de que las orientaciones en salud pública son diversas. Puedo decir que ello es así desde la Universidad de Campinas a la Fiocruz o, en su defecto, la Johns Hopkins. El señor Senador Solari sabe muy bien que sobre eso está planteada una polémica muy fuerte. ¿Qué tenemos que hacer los salubristas de este país? Crear una masa crítica de salubristas –lo que es un debe importante– y, en ese aspecto, lo invito a discutir porque puede aportarnos mucho con su experiencia como Ministro. Además, no debemos dejar esto en el libro, sino ponerlo en práctica. Hasta que no nos movamos de ahí, haremos la presentación formal a este Cuerpo legislativo sobre una ley en la cual nos controle un organismo máximo como la Corte Electoral; lo otro es seguir el proceso. Participar en la toma de decisiones es muy difícil, sobre todo cuando tenemos un eje en el que está presente la hegemonía del conocimiento, no solamente médico sino también en otros campos.

Pienso que este es un embate de la democracia: cuanta mayor democracia hay, mayor participación. Y no lo digo como un eslogan, sino para aplicarlo en la toma de decisiones. Hay que crear eso y también estamos en ese camino. Permítanme decir: ¡sigamos el camino, acompáñennos en él y construyamos los instrumentos!

Estoy convencido de que esta reforma llegó para quedarse. He visto los programas de otros partidos políticos, los estudio y me gusta hacerlo. En ese sentido, señalo que hay convergencia en aspectos puntuales. Creo que en los tres Partidos de la oposición hay preocupación por la participación ciudadana; el tema es cómo lo hacemos. Creo que ahí radica el problema.

Sobre este tema podríamos seguir conversando, pero repito que es un problema de concepción, de ver en qué momento nuestra población se apodera de eso, no solo creando la oficina, el documento o los derechos del usuario. Es un usuario que tiene derechos y deberes y esto se da en muchos ámbitos de la vida, no solo en la salud.

Probablemente estamos ante un modelo que tiene que cambiar; nosotros tenemos el derecho a ser informados, incluso en la toma de decisiones. Al respecto, todo el cuerpo de la salud, es decir, no solamente los médicos sino también los usuarios, deben tener la posibilidad de saber, entre otras cosas, cómo morir dignamente. Nosotros como salubristas conocemos esto muy bien; lo que ocurre es que eso no existía antes, es un mecanismo que tenemos que ir creando. Entonces, ¡vamos a construirlo!

Por lo tanto, diría que este es un tema que está en el debate conceptual y en el debate político. Felizmente, nuestra reforma tiene medio vaso vacío y en un tiempo habrá que llenarlo en parte o totalmente, con todos ustedes. La participación es un hecho que estamos planteando e, indudablemente, queremos mejorarla. ¿Cómo se mejora? Tenemos que ponernos de acuerdo. Por eso son importantes los talleres, la formulación, los seminarios y la forma de consultar a la gente. Venimos de una experiencia muy interesante en la que participan todos los credos, las formas de poder e, incluso, los Concejos Consultivos Departamentales. Las Intendencias funcionan en forma importante. Nos han dicho que quieren tomar parte en el asunto. ¿Qué vamos a decirles? ¿Señores: elijan por la vía de la Corte Electoral? Si a ustedes los eligió como Intendentes el voto ciudadano, entonces, queremos que sus representantes estén en las Juntas.

SEÑOR MOREIRA.- Es un tema filosófico.

SEÑOR MINISTRO.- Por supuesto que lo es; no estoy eludiendo la filosofía, pero como Ministro de Salud Pública de todos los uruguayos tengo el instrumento para poder llegar a una instancia más democrática y participativa en la toma de decisiones. Muchas veces hay que reconstruir los organismos pero también hay que habilitarlos para que puedan cumplir esa instancia de toma de decisiones.

Voy a referirme a otro tema que también concierne a ASSE: el Hospital de Clínicas. Felizmente, provengo del ámbito universitario. Digo felizmente porque la Universidad me dio todo: la carrera y la noción como para posicionarme sobre los temas públicos. Estuve en un período –no muy lejano– en el que se quería provocar la implosión del hospital universitario y se lo quería colocar bajo ciertas égidas; estuve trabajando en el proyecto, no permanecí ajeno a él.

Puedo decir que hoy el Hospital de Clínicas tiene tres elementos importantes: es un hospital de segundo nivel y de referencia nacional; es un hospital que no solo brinda atención sino que también forma recursos humanos altamente calificados en todas las disciplinas –médicas y no médicas–; y es un hospital que juega un papel fundamental dentro del ámbito público. Como universitario y actual Ministro, estoy de acuerdo con la autonomía; el Hospital de Clínicas debe estar integrado a la red de atención de salud en el eje público. De la misma manera, deberían estarlo Sanidad Militar, el Hospital Policial, el Banco de Previsión Social y las Intendencias. Creo que ese es el eje público de fortalecimiento de parte del sistema, porque también tenemos el sistema mutual haciendo lo mismo. Le hemos dedicado mucho tiempo a eso, pero el hospital universitario se debe su propia discusión, dentro de la Universidad. También dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud estamos contestes en que forme parte de la red, como un hospital de concentración, de referencia nacional y de alta complejidad. Por supuesto, cuando vemos problemas en la Emergencia o en nuestro contingente de funcionarios –profesionales y no profesionales–, la Universidad tiene que procurar mejorar su gestión.

Con el ex Ministro de Salud Pública –con quien fuimos compañeros en la Asociación de Docentes de la Universidad de la República– éramos muy proclives a discutir algún día con un ente autónomo como la Universidad de la República, porque los hospitales universitarios no solamente brindan asistencia sino que también forman recursos humanos. Rápidamente, puedo mencionar dos temas: los Centros de Terapia Intensiva –que provinieron del hospital universitario– y la asistencia perinatológica, que provino de un enclave que tiene el hospital universitario en su piso 16, donde está el CLAP, lo que condujo al establecimiento de las Unidades Montevideo, que son utilizadas en todo el mundo para cuantificar la actividad uterina.

Entonces, ¿a dónde tiene que ir la investigación aplicada en nuestro hospital universitario? Yo quiero que tenga lugar en un ente público, donde la academia funcione. Por supuesto, se me podrá decir que estoy teorizando, pero no es así. Ese es el papel que tiene que jugar el hospital universitario y respeto el hecho de que se dé una discusión interna –todo mi respeto a la autonomía universitaria–, pero esta es una discusión que debe llamar a reflexión para que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, para que forme parte de la red. Queremos que la mejor cirugía neurológica se efectúe en el Hospital de Clínicas –como se está haciendo–, queremos que la mejor cirugía cardiovascular también se haga en el Hospital de Clínicas y que no se coloque un trampolín hacia afuera; queremos que la mejor atención a los pacientes que padecen enfermedades raras, congénitas, se brinde en el Hospital de Clínicas y que la mejor atención en patologías de trasplante se brinde en forma conjunta con el Hospital Militar. Queremos que sea el eje público, ¡y vaya que hay que buscarlo!

Entonces, ¿hay que construirlo o reconstruirlo? Los mecanismos para ello los tiene la Universidad, su Consejo Directivo Central, la Facultad de Medicina y su Consejo, la Comisión Directiva del Hospital, donde están sentados los responsables de la gestión del Hospital de Clínicas. Y eso yo lo quiero dentro del eje público; no vamos a dictar como normativo o rector de esta reforma y de este Sistema Nacional Integrado de Salud lo que se tiene que hacer y cuándo se tiene que hacer. Sí podemos decir que este es el modelo de atención que queremos. Pido disculpas, pero entiendo que no se forman recursos solamente en el ámbito médico, porque también está la Escuela de Tecnología Médica –se va a hacer un edificio en un predio que está al costado– y están todas las tecnologías. Tenemos un potencial y, en ese sentido, quiero pedir que se dé una mirada profunda, regional y mundial: no hay hospital universitario en el mundo que no esté conteste en hacer una reforma si realmente la quiere hacer. Creo que el señor Senador Solari tiene razón; en lo personal considero que la salud pública no tiene que ser salud de pobres para pobres. ¿Queremos salud de pobres? No, queremos salud con tecnología, con avances y esto solo se puede lograr con el trabajo conjunto de la Universidad y otras instituciones y, en este caso, con el Hospital de Clínicas.

Creo que también se han planteado algunos temas de compromiso de gestión y por eso voy a ceder la palabra al señor Peñaloza.

SEÑOR PEÑALOZA.- Quiero hacer dos o tres aclaraciones que me parecen importantes. En primer lugar, creo que es bueno que nos hagan ver algunos de los problemas que tenemos para resolver. Sí trataremos de alguna manera de ubicar los problemas para encontrar las mejores soluciones.

Me parece que hay una discusión de fondo planteada por el señor Senador Moreira que tiene que ver con la marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud y los recursos de ASSE. Admito que los recursos aumentaron significativamente y que la población de usuarios de ASSE disminuyó entre los años 2002 y 2005, ya que estaba en 1:500.000 y bajó en el 2005 a 1:300.000, llegando ahora a poco más de 1:200.000, como dijo la doctora Silva recién. A su vez, esto tuvo un fuerte impacto desde el punto de vista de la calidad asistencial. Tengo la mirada del Uruguay desde el punto de vista de la inclusión social, de que hoy la gente se atiende más en salud y los indicadores sociales nos muestran que la población demanda más en salud. Y esto no solo ocurre en el sistema público, aunque sí fundamentalmente allí. Creo que lo que hay que evaluar –y eso será motivo de otra instancia– es si el crecimiento de los recursos acompaña la mejora de la calidad asistencial. De todos modos, a esto hay que agregar el tema de la inversión en tecnología, en infraestructura y del crecimiento del salario en materia de recursos humanos. El 65% de los recursos de ASSE corresponde a recursos humanos; en el 2005 el salario médico en ASSE era el 40% de lo que era el del sector privado y esa recuperación salarial que ha tenido el sector médico en este período ha significado una fuerte inversión desde el punto de vista de los recursos. Me parece que esta es una discusión válida y muy importante para saber si estamos acordes a la calidad del sistema desde el punto de vista del esfuerzo que pretendemos hacer por los recursos.

Por otra parte, quiero hacer una aclaración. Yo no soy autor de esas expresiones que mencionaba el señor Senador Solari. En ese caso, saludé al periodista de *Búsqueda* por la creatividad de hacer decir a otro que dice lo que otro dijo y a partir de eso generar una noticia; simplemente lo reitero para que quede claro.

Voy a intentar contestar algunas interrogantes, aunque seguramente la respuesta del señor Ministro va a completar lo planteado en el pedido de informes. El primer aspecto que me parece bien importante destacar tiene que ver con lo relativo al Rubro 0 y al pedido de los $ 100:000.000 al Senado en ocasión de tratarse la Rendición de Cuentas. Quiero ser bien claro en este sentido, ya que este problema se originó hace veinte años. En esa época se creó una Comisión de Apoyo –que significó una importante herramienta en el tema de la salud en el Uruguay– a fin de disponer rápidamente de recursos para la atención. Esto se ha ido desvirtuando significativamente a través del tiempo, a tal punto que la Comisión de Apoyo tenía alrededor de 10.000 o 12.000 funcionarios cuando nosotros asumimos; me refiero a un esquema de funcionarios permanentes. Lo que hicimos para ordenar a ASSE fue establecer la presupuestación –mediante la Ley de Presupuesto– de los funcionarios de la Comisión de Apoyo para tratar de poner en orden la situación pero, al mismo tiempo y conscientes de la situación, nos atamos las manos. Hay que decirlo: ¡en aras de ordenar nos atamos las manos! Esta opción nos limitó la posibilidad de contratar personal, como lo veníamos haciendo, salvo situaciones puntuales de emergencia o en el caso de alta por baja. Esto motivó que este año, cuando se produjo la situación de las vacantes, no tuviéramos el financiamiento necesario como producto de que lo correspondiente al Rubro 0 había sido destinado a otros renglones del propio Rubro 0. Si hubiéramos tenido la Comisión de Apoyo tal vez lo podíamos haber resuelto por ahí, pero el planteo en la Comisión del Senado fue, básicamente, cambiar los $ 100:000.000 para Gastos de Funcionamiento. Esto habría sido lo mismo que si hubiésemos contado con la Comisión de Apoyo para poder llevar adelante las contrataciones.

Hay otro aspecto que quiero mencionar tal como lo hice en la Comisión de la Cámara de Representantes: no detectamos ningún tipo de irregularidad o de trasposición de rubros en esta situación. Simplemente verificamos una imprevisión que nos obligó a tomar medidas para poder, por un lado, salir de un conflicto con los funcionarios y, por otro, contar con los recursos para proveer la vacante frente a la situación anterior. Por si esto fuera poco, quiero comentar –para la tranquilidad de los señores Senadores– que le pedimos a la Auditoría Interna de la Nación que nos auditara y en estos días va a trabajar en ASSE sobre esta situación generada en el Rubro 0. Seguramente, en función del informe de la Auditoría, la situación será aclarada. Lo digo porque puede surgir algún atisbo de duda, pero esos fueron los hechos que motivaron el pedido de los $ 100:000.000 en la Rendición de Cuentas.

Por otro lado, con respecto a lo que planteaba el señor Senador Agazzi y algunos otros señores Senadores, quiero aclarar algo que tiene que ver con el tema de las Direcciones. Creemos y seguimos sosteniendo que los contratos de gestión son instrumentos idóneos para evaluar la gestión en este tipo de organizaciones; ellos tienen dos caminos: uno es el compromiso que asume la Administración para proveer al Director de la información y los recursos para llevar a cabo su gestión, y el otro es la respuesta, desde el punto de vista de la gestión, que debe dar el Director. Debemos admitir que hubo un desfase –hay que decirlo– porque hicimos los contratos de gestión a fines del año 2010 y el Presupuesto Quinquenal se empezó a ejecutar a partir del 1º de enero de 2011, lo cual no nos permitió la distribución de los recursos que habíamos previsto. Con la nueva Presidenta y con el Directorio hemos estudiado y llegamos a la conclusión de que a fin de año será posible contar con una evaluación sobre la propia herramienta en aquellos aspectos en los que haya que mejorarla, pero con el cometido de seguir con este tipo de mecanismo, porque nos parece un instrumento válido para trabajar en la mejora de gestión.

SEÑOR SOLARI.- Agradezco mucho la información y la franqueza con que se está manifestando la delegación, pero quisiera pedir al señor Peñaloza que me precise exactamente si interpreto bien.

Según tengo entendido, hasta el momento, ninguno de los nuevos Directores, Subdirectores, Administradores o Subadministradores de las Unidades Ejecutoras nombrados durante el año 2010 han sido evaluados de acuerdo con su compromiso de gestión.

SEÑOR PEÑALOZA.- Aclaro que no son solamente los nuevos, sino todos, porque firmaron los que ya estaban y los que no, pero todavía no está pronta la evaluación. Reitero lo que dije al principio: nos proponemos tener una evaluación primaria de aquí a lo que resta del año. Además, lo más importante es que después de aplicar esta etapa hay que mejorar la herramienta del contrato en cuanto a lo que son los indicadores y el contenido, en el sentido de que puedan medirse mejor, de manera más sencilla, para evitar la complejidad de lo que significa la evaluación.

Quiero hacer referencia a dos temas que mencionaba el señor Senador Solari, que me parecen importantes. Con respecto a la actuación relacionada con una auditoría por 374 casos detectados hasta el momento y susceptibles de ser analizados por falta de información, debo decir que no fue la Auditoría Interna de la Nación la que detectó la situación, sino nosotros. También fuimos nosotros los que determinamos la auditoría de los 374 casos, aunque todavía no tenemos los resultados. En cuanto a esta resolución, quiero señalar que, desde el punto de vista administrativo, es un problema serio que tenemos en ASSE. En todo caso, después podemos ver mejor lo relativo a la parte jurídica. Me refiero a la resolución que establece las cuotas para la devolución de los pagos. Por ejemplo, un Director de una unidad ejecutora resuelve en equis momento el cese del pago a un funcionario por cumplir determinada función, pero ese Director no está facultado formalmente para hacerlo, sino que tiene que dirigirse al Directorio. Digo esto para que tengan una idea de los problemas que tenemos, porque a veces llegan al Directorio resoluciones hasta con un año de atraso. Reitero que el cese de pagos no lo puede hacer el Director de una unidad ejecutora, sino que lo tiene que hacer el Directorio y muchas veces tiene que descontarle de golpe a un funcionario un año de atraso. Entonces, en primer lugar, estamos tratando de mejorar los procesos administrativos con una normativa propia que permita cortar ese tiempo en el que un funcionario deja de cumplir una función. En segundo término, intentaremos no sacarle al funcionario un año de diferencia de sueldo entero, pues él no es responsable de una situación administrativa, porque este mecanismo no es el que debería aplicarse en una buena gestión. Esto explica un poco esta resolución. En lo personal, quiero decir que comparto el hecho de que debemos cambiar y mejorar, pero esa es la situación real que hoy se produce en ASSE.

SEÑORA SILVA.- Voy a tratar de analizar punto por punto las preguntas realizadas por los señores Senadores.

Con respecto a las consultas del señor Senador Moreira, probablemente para darle la información concreta que él necesita, nos gustaría que nos detallara más alguna de las preguntas porque son bastante amplias. La pregunta sobre la representación social ya fue evacuada por el señor Ministro y por el Presidente de la Junasa. En cuanto a cómo está la situación respecto al pago de retribuciones de anestesistas y cuánto costó, quiero decir que es una información que podríamos acercar después a la Comisión, porque depende de los distintos períodos. Nosotros hemos pagado a los equipos anestésico quirúrgicos, en el marco de la emergencia sanitaria y de convenios que se habían celebrado con relación al pago de variables desde el año 2008 hasta ahora. Estamos al día en el pago de esas obligaciones celebradas, entre otras cosas, porque ahora tenemos un instrumento eficiente que permite que el pago y la liquidación no demoren más de un año, como en la primera etapa.

Según algunas versiones de prensa, se ha escuchado decir a algunos de los integrantes del sindicato que ahora estamos en una etapa de validar –tiene media firma del Directorio– el pago del valor del punto por nivel de complejidad de la atención, posterior a la salida de la emergencia sanitaria. Se trata de un acuerdo realizado con los integrantes de la Mesa de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas, que está a punto de firmarse en el correr de la semana. Esa es una forma diferente de validar la actividad anestésico quirúrgica. Luego de la emergencia sanitaria se dio prioridad a algunos modelos de atención, como el de la actividad en la urgencia, para poder asegurar la cobertura en las guardias de urgencia que han sido tan dificultosas y que, entre otras cosas, llevaron a decretar la emergencia sanitaria.

Respecto de la utilización del Rubro 0, el señor Peñaloza acaba de contestar, no obstante, puedo decir que estamos esperando que la Auditoría Interna de la Nación haga un análisis bien detallado de la situación actual y del histórico sobre cómo se han utilizado los fondos y las vacantes. Estamos analizando rubro por rubro y renglón por renglón dado que el pago del Rubro 0 tiene múltiples renglones y el Programa SIMPLI no se ha podido efectuar. Es por eso que la compatibilización de estos dos sistemas de liquidación de sueldos no permite dar una información muy clara. No obstante, estamos puntualizando cuáles fueron las causas que explicaron en este año y en el anterior la utilización de ese Rubro en renglones legalmente permitidos. Aquí reafirmo lo que hoy decía el señor Peñaloza. No hay definición expresa de cuáles eran los renglones, máxime teniendo en cuenta la situación de los rubros salariales en ASSE, lo que se viene dando desde hace muchos años porque se han ido incorporando distintas partidas originadas en diferentes reclamos históricos.

SEÑOR MOREIRA.- Me preocupa particularmente ese tema. Estaba haciendo una cuenta mentalmente y estaríamos hablando de US$ 400:000.000 del Rubro 0.

SEÑORA SILVA.- Sería de salarios en general.

SEÑOR MOREIRA.- Realmente es una inmensidad de dinero, por eso me preocupa que el gasto esté debida y rigurosamente controlado. En ese caso, los sistemas de contabilización y control son absolutamente trascendentes.

SEÑORA SILVA.- Ese es uno de los principales focos de nuestra preocupación. No solo se trata de este aspecto relacionado con la utilización de este Rubro en los distintos renglones y con el procedimiento administrativo, sino de la supervisión de la actividad asistencial real de todos los trabajadores. De hecho, hace muy poco me tocó firmar en el Directorio la no aceptación de un recurso de revocación presentando por prestigiosos colegas, porque se les habían hecho descuentos por una actividad no realizada. Concretamente, se detectó que tenían un compromiso funcional firmado por una carga horaria, pero habían realizado menos de la mitad. El argumento del reclamo y del recurso era que si siempre se les había pagado determinado dinero, por qué ahora se realizaba el descuento. Supongo que sus abogados tendrán fundamentos legales; pues bien, serán legales, pero no muy morales.

Por cierto, nos enfrentamos a una dificultad muy grande porque tenemos sistemas débiles. Pero a pesar de la debilidad, se está trabajando en la integración de estos dos sistemas de liquidación, tratando de compatibilizar los pagos por Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata y Rubro 0, de forma de validar la actividad de las personas en sus puestos. En este punto reafirmo lo que dijo el señor Peñaloza respecto de la auditoría de estos 374 cargos. De hecho, en el Orden del Día de la sesión del Directorio de mañana figura como uno de sus puntos resolver si se realiza una auditoría, cuestión que el Directorio tratará y aprobará. Algunos de estos 374 cargos pueden estar siendo cubiertos en el mismo puesto, pero otros no; o sea, se detectaron como irregulares, por tanto, se vio la necesidad de analizarlos. Sin duda, muchos de estos cargos –tengo unos cuantos años en ASSE– se produjeron en la primera etapa de la incorporación de los salarios por Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata, cuando se hicieron los famosos compactados. En algunos casos eran tan compactados que la plata no estaba compactada, pero la actividad sí.

Inclusive, en los años 1991 y 1992, se definió que sí se pagaba el complemento en el mismo turno, cuando comenzaron los incentivos por el programa CTI, en ASSE. Así es que mañana decidiremos que se haga un detallado análisis de cada caso porque, desde el punto de vista de los derechos adquiridos por los trabajadores en tanto tiempo, hay que tomar una decisión: o bien hacerle trabajar el doble, si es un funcionario que está en la situación de que cobra el doble y trabaja la mitad, o bien pagarle un despido o novación del contrato en el caso de la Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata, para reducir el nivel de remuneración que pueden tener desde hace 20 años.

SEÑOR SOLARI.- Le agradezco la franqueza con la que nos contesta, pero si esta situación fue detectada en diciembre de 2010, ¿qué pasó entre esa fecha y octubre de 2011?

SEÑORA SILVA.- No tengo la respuesta.

SEÑOR SOLARI.- Muchas gracias.

SEÑORA SILVA.- El señor Peñaloza ha contestado sobre el capítulo de compromisos con la gestión y, al respecto, no tengo nada que agregar.

Acerca de la pregunta de cuántos recursos humanos se necesitan en ASSE, debo decir que estamos analizando los distintos colectivos, y en algunos casos los que están vinculados a las actividades locales. Hoy dijimos que ha mejorado el indicador de enfermería cada 1.000 usuarios ya que pasó de tres a seis en los últimos seis años, pero todavía estamos lejos de la cantidad de auxiliares de enfermería cada 1.000 usuarios que tiene el resto del sector de la salud en Uruguay, y probablemente otros servicios a nivel internacional. Este es un indicador bastante fácil de medir porque

en general la actividad del auxiliar de enfermería es bastante amplia, aunque en este momento están cumpliendo actividades en el primer nivel. Pero, con respecto a otros recursos especializados, estamos tratando de analizarlos teniendo en cuenta no solo las realidades locales sino su complementación; aquí aplicaría el caso de Flores y su sector maternidad, por poner un ejemplo. Todavía no tenemos un diagnóstico terminado y cabalmente realizado porque es muy complejo de hacer. No se trata de hacer una fotografía de una organización de este porte que dé resultados que posibiliten hacer una planificación para el futuro porque van apareciendo nuevos eventos de salud, pero tratamos de enfocar aquellos eventos que son más estables con los recursos de licenciados de enfermería y los médicos de primer nivel, para tratar de analizar el volumen de actividad versus cantidad de consultas y ver si existe una correspondencia razonable con la necesidad.

Respecto a la escasez de medicamentos, en el tiempo que me ha tocado trabajar en la Administración de los Servicios de Salud del Estado, sobre fin de año –en los últimos cinco, cuatro o tres meses, dependiendo de cómo sea el año– surgen dificultades porque los créditos de apertura del presupuesto no son los mismos que los créditos obligados a fin de año. Desde el punto de vista formal, el Ministerio de Economía y Finanzas tiene la posibilidad de hacer los debidos refuerzos, pero lo mismo que nos sucede a nosotros con esta resolución que demora tiempo ocurre con el procedimiento de transferencia y habilitación de créditos desde ASSE a las unidades ejecutoras. Hace dos semanas, cuando nos reunimos con el Ministerio de Economía y Finanzas, acordamos cuáles serían en esta etapa las necesidades de fondos para llegar a un obligado 2011 que nos permitiera responder a las necesidades asistenciales. Acordamos un valor razonable, que estaba dentro de lo esperado, pero después se retrasa la apertura de los créditos y las asignaciones, dependiendo del renglón de financiamiento en que el Ministerio pueda hacer el refuerzo y de los cambios del renglón de financiamiento que tenemos que hacer para llevar a cabo las compras. Han pasado cosas bien interesantes en ese fraccionamiento del primer nivel al segundo. Hay unidades ejecutoras que hoy tienen crédito –porque a los centros RAP se les ha asignado su crédito–, pero carecen de mecanismo administrativo para la compra. Concretamente, hoy está pasando en un departamento que la Red de Atención del Primer Nivel con su crédito disponible está comprando los medicamentos por el hospital. Y el hospital nos mandó un mail preguntando si lo podía hacer. ¡Claro que lo puede hacer! En realidad, eso siempre se ha hecho; nos hemos prestado medicamentos entre unos y otros y demás. Este es el problema que tenemos planteado hoy y estamos muy preocupados por ello. Hace menos de un mes recibimos un informe sobre el crédito disponible para las unidades ejecutoras, medido en días de actividad al mes pasado. Desde la Contaduría de ASSE se ha ido distribuyendo dinero rápidamente del fondo para tratar que la dificultad en el abastecimiento de medicamentos no alcance un nivel importante que perjudique la atención de los usuarios.

Cuando comparecimos ante la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Representantes trajimos un informe detallado que tocaba temas concretos, por ejemplo el de las demoras asistenciales de los especialistas, y si los señores Senadores están de acuerdo, se lo podemos hacer llegar. En algunos casos seguimos teniendo demoras, en otros hemos fortalecido mucho los recursos humanos. Por ejemplo, el número de pacientes en espera de consulta de una de las especialidades que atiende el Hospital Pereira Rossel, representaba un mes de actividad, es decir que había un mes de atraso porque dos profesionales estaban con licencia médica –una de ellas prolongada, por un embarazo– y no hubo posibilidad de realizar la cobertura. Por tal razón, había un número muy importante de pacientes que duplicaban el período de espera definido por la Junasa para la consulta. En esa oportunidad se vieron afectadas dos especialidades: oftalmología y urología pediátrica. En neuropediatría y otorrinolaringología se estaba dentro de los plazos que la Junasa dispone para los prestadores de este tipo. Todavía tenemos algunas dificultades, pero estamos trabajando fuertemente, en forma conjunta con la Facultad de Medicina, en aquellos servicios que tienen actividad docente y unidades asistenciales que han aumentado su actividad asistencial.

Respecto al tema de los CTI mutuales, quiero subrayar que tenemos once en total: uno funcionando en el departamento de Lavalleja –que es el que inauguramos hace muy poco y todavía tiene alguna debilidad–; también en Salto, Paysandú, Tacuarembó, Maldonado, Florida; y en Montevideo, en los Hospitales Pasteur, Maciel, Español y dos en el Pereira Rossell. En total hay dos CTI neonatales, tres pediátricos y los demás están dedicados a los adultos. Con respecto a estos últimos, ASSE tiene una dotación de camas que no le permite dar respuesta a sus necesidades, fundamentalmente en el invierno. Por eso también estamos planificando la apertura de una Unidad Básica de seis camas de adultos.

En pediatría y en neonatología la situación es distinta. La demanda de la primera especialidad, es estacional y no parece razonable planificar un aumento importante de camas para el momento pico; hay que planificar para la media. Sucede que en invierno se da el mayor pico de demanda y todos corremos –tanto los privados como ASSE– buscando, como sucede en el hospital pediátrico, otras alternativas asistenciales que disminuyan esa presión. Por ejemplo, se crearon tres servicios distintos: la Unidad de Ventilación no Invasiva, la Unidad de Vigilancia Ventilatoria y la Unidad de Cuidados Especiales, para tratar de captar a esos niños antes de que requieran una cama de CTI. Tenemos un gasto importante en esta materia. Dentro del porcentaje de los gastos de funcionamiento, la contratación de camas de CTI es relevante. Salvo en estos casos a que he hecho referencia –que hemos fortalecido, aumentando y planificando instalar camas de CTI–, todavía no hemos analizado cuál sería el rendimiento empresa, es decir, cuál sería el rendimiento del dinero para las camas propias y asignadas y cuál sería la diferencia si tuviéramos todo contratado o todo propio. Vamos caminando hacia esa implementación que requiere recursos humanos con los que, a veces, el sistema no cuenta. Por ello, cuando planificamos la instalación de una unidad básica como la de Lavalleja, tenemos que ver si hay recursos en la zona y si hay gente dispuesta a trabajar allí, tal como nos pasó con el CTI de Rivera, en donde conseguimos las personas. Todavía estamos promoviendo que los técnicos que allí trabajan obtengan su título, como se acordó con la Sociedad de Medicina Intensiva del Uruguay, con la que se planteó una situación difícil de resolver.

Con respecto a las preguntas del señor Senador Solari, sin duda muchos de estos pedidos de informes tendría que haberlos contestado ASSE; le voy a pedir a la secretaría del señor Ministro la información necesaria para poder avanzar en la contestación. Al menos dos de ellos llegaron a la Mesa del Directorio en una carpeta que tiene mucha documentación, así que probablemente serán contestados a la brevedad.

En cuanto al tema de la resolución del retraso de los cambios de nivel y baja de los compromisos funcionales retroactivos, ya se refirió en detalle el señor Peñaloza.

SEÑOR SOLARI.- Sobre ese punto quisiera preguntar si el Directorio tiene una estimación de la cantidad de funcionarios que estarían involucrados en ese sobrepago o el pago de retribuciones por encima de lo que deberían haber cobrado. ¿Estamos hablando de cientos, miles o decenas de personas?

SEÑORA SILVA.- En este momento no tengo una información concreta, pero si tuviera que darle un número, estaría en el orden de las decenas o menos. Estos casos son muy específicos y se trata de la baja de nivel de responsabilidad o del cambio del compromiso funcional. No se trata de errores en la liquidación de los salarios, sino de las bajas de niveles de responsabilidad. Por ejemplo, un Jefe de Departamento que pasa a ser Jefe de Servicio o que ocupa otro cargo porque hubo un llamado. También puede ser el caso de un compromiso funcional de los médicos o licenciados de enfermería. En general, los cambios no son a la baja sino que son al alza. Reitero, son pocos los casos, pero este tema lo tenemos que analizar más concretamente. Además, estamos muy preocupados, porque esta resolución incluye un instructivo administrativo que le permite a las unidades ejecutoras –ya había una resolución previa del Directorio en cuanto a que el cambio de la remuneración debería ser automático–, hacer un descuento o retención anticipada, cuando hay una baja, para que después de pasado un año no tengamos que ir a buscar a la persona para que nos devuelva lo que cobró por error.

SEÑOR MOREIRA.- Quisiera referirme al hecho público de la remoción del Gerente General y del Gerente Administrativo. ¿Qué opinión tienen desde el punto de vista funcional, ya que se trató de una decisión que no tomaron ustedes? Me gustaría que aclararan este asunto ya que no es un tema menor, que hace al Gobierno y a la administración de los recursos de organismos públicos muy importantes. Si yo fuera Director de ASSE, me hubiera sentido un poco violentado por esa decisión.

SEÑORA SILVA.- Le contesto su pregunta y también al señor Senador Agazzi, ya que su primera pregunta se refería a la renuncia de la conducción de ASSE.

En realidad, vista la situación que todos conocemos y de la que hemos hablado en detalle sobre la dificultad para poder respaldar con cupos financieros las vacantes presupuestales como necesidad de salida del conflicto –esto surge cuando se analizó la disponibilidad de fondos–, los dos

Gerentes presentaron su renuncia considerando la responsabilidad de su puesto. Ocupaban puestos muy importantes en la organización, de alto nivel de responsabilidad y si bien ninguno de los dos fue el que tomó la decisión de que esto ocurriera ni dictaminaron ninguna trasposición de rubros fuera de la ley, ni nada parecido, probablemente como resultado de la intervención de la Auditoría Interna de la Nación, nosotros aspiramos a que se haga un análisis retrospectivo que permita explicar cuáles fueron las causas de las necesidades de fondos. Los dos Gerentes presentaron renuncia al Directorio y este las aprobó –creo que la semana pasada– considerando la responsabilidad del puesto, como sucede con cualquier Director de una empresa a este nivel cuando ocurren situaciones de imprevisión. Esa es la opinión que hemos discutido en el Directorio y por eso allí consideramos que era pertinente aceptar la renuncia de los dos Gerentes, así como también reasignarles funciones a dos personas que tienen mucho tiempo de trabajo en la institución, honestas, comprometidas y que han hecho muchos aportes en sus otros roles y también en este.

SEÑOR SOLARI.- Ya que estamos considerando este tema quiero plantear lo siguiente. Según trascendidos de prensa tengo entendido que el "representante de los trabajadores" –entre comillas–, el señor Alfredo Silva, no acompañó al resto del Directorio en la aceptación de las renuncias. ¿Podríamos saber cuál fue la argumentación para no acompañar con su voto?

SEÑORA SILVA.- El representante de los trabajadores no fundamentó su abstención en esa sesión de Directorio.

El señor Senador Agazzi me preguntó cuál era mi opinión con respecto a la dinámica de trabajo de los actores sociales en el Directorio. En realidad, durante este tiempo han sido dos compañeros de labor. Hemos establecido pautas claras de trabajo y de respeto. Nos distribuimos las tareas en muchos momentos y creo que es importante que los actores sociales participen en las direcciones de las empresas públicas, como en otras. Lo que sí es claro es que, más allá de todo lo que se ha hablado de la reglamentación y de cuáles deben ser los mecanismos, el Directorio de una empresa de este porte, con tres años, es un recién nacido. Todos debemos aprender a trabajar en el ámbito de un Directorio; a veces tenemos la intención o la voluntad de hacer microgestión y resolver otras cuestiones cuando, en realidad, los Directorios están para otra cosa. Entonces, no solo por la participación de los actores sociales, sino por los propios representantes del Poder Ejecutivo, tanto los del Partido de Gobierno, como el escribano Draper, tenemos que acostumbrarnos a trabajar en el Directorio. Lo hacemos en un ámbito muy cordial. A veces discutimos fuertemente, pero tenemos un buen equipo de trabajo y en este corto tiempo hemos logrado resolver temas bastante críticos. Los hemos resuelto por unanimidad o no, porque las unanimidades muchas veces no son el objetivo; al contrario, siempre es bueno que tengamos distintas opiniones. A mi parecer, el trabajo en el Directorio de ASSE se hace en forma constructiva, más allá de que cada uno de los integrantes tengamos nuestra opinión con respecto a los otros y a las posturas del resto de los compañeros.

La otra pregunta del señor Senador Agazzi es con respecto a la estructura de los cargos de Dirección. Según entendí, se refería a los Directores de las diferentes áreas y de los cargos de direcciones intermedias de la estructura de gestión, que se definió para este nuevo período en ASSE. Se ha definido no solo la estructura de dirección de los equipos a nivel de ASSE central, sino las estructuras de dirección de las unidades ejecutoras de segundo y tercer nivel y también las de primer nivel, recientemente creadas.

En el caso de algunas unidades que tienen estructuras de dirección de más tiempo y que se han mantenido, fortalecido o disminuido, es fácil hacer la evaluación. En cuanto a las nuevas unidades del primer nivel, hay una estructura básica que todavía no se ha completado; es necesario medir ese rendimiento y el resultado de esta estructura de enlace central. También está en proceso de análisis la definición de los distintos niveles, en un trabajo de planificación estratégica entre ASSE y la OPP. Si bien todavía se está en la primera fase de la metodología de la planificación estratégica, terminando la matriz FODA y definiendo algunos aspectos de misión y visión, se pretende que en un tiempo corto podamos saber –analizando fortalezas y debilidades y las matrices de grupos de interés– si esta estructura que se pensó desde hace poco más de un año para organizar la Dirección de ASSE en todos sus niveles, es lo suficientemente eficiente o hay que hacer algunas modificaciones teóricas. Por ahora, estamos transitando esa etapa.

En cuanto al tema de si la Universidad debe tener un hospital universitario, si bien comparto algunos pensamientos y cuestionamientos al respecto, es claro que la gran mayoría de los hospitales de ASSE son universitarios en funciones. La pediatría y la ginecología y sus especialidades se desarrollan en el Hospital Pereira Rossell. También hay un Servicio muy pequeño de pediatría neonatal en el Hospital de Clínicas, con una cátedra, y un Servicio de Ginecología. Las otras dos cátedras de ginecología están en el Pereira Rossell, una de ellas dirigida por el señor Subsecretario. O sea que el Hospital Pereira Rossell es un hospital universitario en funciones; también lo son los Hospitales de Clínicas, Pasteur y los del interior. Además, desde hace un tiempo se ha avanzado en los servicios de primer nivel. En este sentido, la descentralización de muchas de las cátedras de la Facultad de Medicina, pasando por internos, docentes, residentes y posgrados en el primer nivel y los hospitales del interior, hace que casi toda nuestra red de servicios sea universitaria en funciones. Al respecto, comento que el viernes vamos a firmar una especie de carta intención entre la Cátedra de Ginecología que dirige el profesor Briozzo y el Servicio de Ginecología de Maldonado. Allí se da una situación coyuntural: un ex docente, Jefe de Ginecología, y el Director del Servicio aprueban que pasen estudiantes por ese centro.

Cabe mencionar que el Hospital de Clínicas en este último tiempo ha avanzado mucho en la integración a la red de ASSE como trabajo concreto. De hecho, hay fortalecimiento de presupuesto y existe un acuerdo firmado con la UdelaR para que ASSE transfiera de sus fondos –a través de algunos procedimientos, mediante el Ministerio de Economía y Finanzas– un monto muy importante de dinero vinculado a metas asistenciales que tiene el Hospital para con nuestros usuarios, que son los mismos. Entonces, hay un avance en este sentido, aunque probablemente todos quisiéramos progresar más rápido. Existen otras líneas de trabajo que apuntan a algunos servicios de alta complejidad, pues nos parece que sería bueno que el Hospital universitario contara con los mismos, centralizados para todo el sistema.

En definitiva, creo que vamos caminando a buen ritmo, tal vez más lento de lo que quisiéramos, pero más rápido de lo que a veces nos hubiéramos imaginado.

SEÑOR BRIOZZO.- Es un honor y un gusto estar aquí y, en ese sentido, agradecemos mucho la invitación.

Quiero puntualizar tres elementos que para nosotros son claros.

En primer lugar, hemos demostrado que hay una nueva conducción que implica un punto de inflexión en el desarrollo histórico del continuo de la reforma. Digo esto porque hace tres meses asume el Ministro Venegas y hace un mes y medio que lo hace la Presidenta de ASSE; eso configura un punto de inflexión ineludible.

En segundo término, la conducción de la salud pública del país y de ASSE en particular es conteste con los problemas que aquí se han planteado y que, básicamente, se pueden resumir en tres aspectos.

En primer lugar, la participación social y su proceso de construcción son inéditos en el mundo, inclusive para los salubristas, porque constituyen un invento creado y desarrollado en el Uruguay y lo están mirando desde todo el mundo; en segundo término, entendemos que la gestión administrativa es un problema, especialmente a nivel de las direcciones intermedias de ASSE y, por último, debemos considerar el control de los fondos y los sistemas de gestión, como ya dijimos en la Comisión de la Cámara de Representantes.

En estos tres aspectos no solo estamos contestes con los problemas que se han planteado en las preguntas de los señores Senadores, sino que se ha demostrado con total claridad que, en este breve período de tiempo, en esos niveles se han producido cambios trascendentes. Lejos de molestarnos o eludir, hoy vinimos todos lo que podíamos a dar las explicaciones del caso y dejamos muy claro que queremos trabajar en conjunto por la salud, con un solo prerrequisito: siempre en defensa de las leyes. En ese sentido, la ley principal que la población nos encomienda que defendamos es la del Sistema Nacional Integrado de Salud. Con esa ley todo, sin ella, en principio, no

hay mucho para discutir con el Poder Ejecutivo, porque nuestra obligación es defender las leyes que están planteadas. Las hemos defendido en el Poder Legislativo y en el Poder Judicial, con el cual hemos establecido una discusión muy franca en problemas concretos de la salud y de la reforma, como la judicialización de los procesos sanitarios. O sea que en esto entendemos que tenemos que seguir andando juntos el Poder Ejecutivo, el Poder Legislativo y el Poder Judicial.

Señor Presidente y señores Senadores: quiero ser franco, es mi primera comparecencia en este órgano. Pensé que era por mi falta de experiencia, pero con mucha perplejidad al inicio de la sesión, hace ya cuatro horas, escuché decir que ya estaba decidido el llamado a Sala, la interpelación al señor Ministro. Si el señor Ministro lo dispone, vendremos a acompañarlo con total compromiso y firmeza, pero nos parece de honestidad intelectual y de responsabilidad política, como integrante del Poder Ejecutivo, que debe reformularse esa postura y darnos un tiempo prudencial para poder mostrarles los dichos que hemos planteado acá en hechos concretos y estamos convencidos de que vamos a poder hacerlo. Estamos muy convencidos de lo que estamos haciendo, acompañando la gestión del Ministro Venegas, y en muy íntima coordinación con la nueva Presidenta del Directorio de ASSE. Es público y notorio que no rehuimos ningún ámbito de discusión, ya sea en los medios políticos, legislativos o en cualquier otro ámbito, pero asumimos que no es responsable en este momento seguir exigiendo y poniendo a ASSE en la palestra pública. Entendemos que el desafío del momento es tratar de trascender esa situación. De la misma forma que lo dijimos en la Cámara de Representantes, expresamos hoy aquí que vamos a hacer todos los intentos por hacer de la salud una política real de Estado y no solamente una política que transcurra en la opinión pública.

Creíamos que era de orden plantear este tema y estamos muy contentos de haber estado hoy aquí. Nos parecía importante manejar esta situación. Como expresé en medio de la pequeña alocución que hice, por supuesto que estamos a lo que el Ministro disponga si somos convocados a Sala.

SEÑOR MOREIRA.- Me ha resultado de una gran honestidad intelectual lo que ha dicho el señor Subsecretario y me alegra que diga que es un punto de inflexión, porque nosotros hemos sido muy críticos con el funcionamiento de ASSE. Es un punto de inflexión que después se traduciría en realizaciones y ojalá así sea, porque el espíritu común que todos tenemos es que esto funcione mejor; todos somos uruguayos y más allá de nuestras orientaciones políticas, el interés es compartido. Lógicamente, nosotros estamos para controlar y ustedes para ejecutar y resolver, y cuanto mejor lo hagan, mejor para todos.

Una interpelación es una instancia parlamentaria en la cual van a tener la posibilidad, ante los argumentos de la oposición, de dar todas las explicaciones, tal como lo hicieron en el día de hoy; no se trata de nada dramático, máxime cuando el Partido de Gobierno tiene mayoría absoluta.

Ojalá que el punto de inflexión se traduzca en realizaciones positivas de aquí a la interpelación, para que puedan dar explicaciones más valederas, sin perjuicio de que el señor Senador Heber, que es un hombre de gran responsabilidad política, expresará los argumentos y los cuestionamientos que tenga, a los que ustedes darán respuestas, que podrán ser satisfactorias o no. De cualquier modo, es una instancia parlamentaria legítima, prevista en la Constitución de la República.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradezco mucho su presencia; realmente, considero que esta sesión ha resultado muy productiva. Ha quedado demostrado algo de lo cual ya teníamos un convencimiento personal y político: estamos avanzando en una reforma de la salud que era absolutamente necesaria para el país.

Desde el punto de vista conceptual, hemos quedado satisfechos con los criterios con los que se están manejando las actuales autoridades. Nos han hecho conocer el estado de situación y han respondido con muchísima honestidad intelectual a temas coyunturales planteados por los señores Senadores –algunos de ellos muy importantes–, no rehuyendo la realidad, que a veces tiene más fuerza que lo que uno cree. En ese sentido, han sido realmente muy honestos y estamos sumamente complacidos por ello.

Con respecto al planteamiento de una interpelación, pensamos que esta siempre se hace a un jerarca público en función de haber incurrido en hechos graves. Generalmente la oposición plantea dudas y quiere respuestas, pero creo que este no es el caso. Es más, creo que el hecho de haber comparecido hoy de la forma como lo hicieron tendría que estar desmotivando y desactivando el planteamiento de una interpelación, porque me parece que las respuestas a las inquietudes planteadas –reitero que algunas de ellas se pueden compartir– han sido de una total honestidad y, además, ha quedado claro que se va a seguir avanzando tratando de alguna manera de modificar, reestructurar o gestionar a los efectos de procurar una mejor administración.

El punto de inflexión que mencionó el señor Subsecretario me parece que es un aspecto muy importante en función del cual creemos que el planteamiento de una interpelación, en este momento y a punto de partida de lo que ocurrió en esta sesión, no debería existir. Pero los hechos políticos son como son, y hay que admitirlo.

Con relación al símil del vaso de agua que manejó el señor Senador Solari, siempre hay un medio vaso lleno y un medio vaso vacío. En este caso, el medio vaso lleno está representado por un sistema de salud que está avanzando y tiene medio vaso vacío por llenar. Desearía que todos –tanto nosotros como la oposición– pudiéramos llenar ese medio vaso vacío absolutamente convencidos porque, en líneas generales, todos coincidimos –fundamentalmente quienes estamos vinculados al área de la salud– en que el camino de la reforma de la salud es el que el país tenía que comenzar a transitar. Creo que se está empezando a hacer, aunque quedan muchas cosas por poner en ese medio vaso vacío. De todas maneras, tenemos que tratar de llenarlo entre todos.

Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 19 y 59 minutos).